

01985
7

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

**EL EMPLEO DE LA MUSICOTERAPIA PARA
DESARROLLAR HABILIDADES SOCIALES EN
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA
CRÓNICA.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN
PSICOLOGÍA QUE PRESENTA**

Esther Murow Troice

Comité tutorial:

Dr. Juan José Sánchez Sosa
Dra. María Elena Medina-Mora Icaza
Dr. Kenneth E. Bruscia

Sinodales:

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Dra. Luciana Ramos Lira

Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Dra. María del Carmen Elizabeth Lara Muñoz

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer a todas las personas que de una forma u otra contribuyeron o me ayudaron a realizar este trabajo:

A mi comité tutorial, el Dr. Juan José Sánchez Sosa, la Dra. María Elena Medina Mora Icaza, y al Dr. Kenneth E. Bruscia por creer en este proyecto, por su guía y la aportación de sus conocimientos.

A mis sinodales, las Doctoras Emilia Lucio Gómez-Maqueo, Luciana Ramos Lira, María del Carmen Lara Muñoz y al Dr. Samuel Jurado Cárdenas por su orientación y apoyo incondicionales

A los directivos del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" en especial al Dr. Ramón de la Fuente, Director Emérito, al Dr. Gerardo Heinze, Director General y al Dr. José García Marín, Subdirector de Servicios Clínicos: a todos ellos agradezco el haberme dado la oportunidad de realizar esta investigación en el Instituto.

A todos mis compañeros del Instituto que colaboraron y me apoyaron de múltiples maneras en este trabajo.

A toda mi familia y a mis amigos que me acompañaron en este viaje.

A todos, muchas gracias.

Acknowledgements.

I would like to thank Dr. Kenneth Bruscia for his guidance and inspiration throughout this project.

I would also like to thank my friends Stephie and Kszisz for helping me in many ways through this and other academic endeavors.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo "recreacional".

NOMBRE:

Esmer Pluroni Troice

FECHA:

10/10/03

FIRMA:

[Handwritten signature]

B

ÍNDICE

<i>Título</i>	<i>Página</i>
Introducción	1
Capítulo 1. La esquizofrenia	4
Antecedentes históricos	4
Características de la enfermedad	4
Prevalencia	5
Distribución por sexo	5
Comorbilidad	5
Aspectos socioculturales y económicos	6
Etiología	6
Curso de la enfermedad	6
Criterios diagnósticos	7
Tipos de esquizofrenia	8
La clasificación según la CIE-10	10
Los síntomas positivos	10
Los síntomas negativos	12
Características asociadas de la esquizofrenia	14
Pronóstico	14
Tratamientos	14
La discapacidad en la esquizofrenia	16
Capítulo 2. El funcionamiento social en la esquizofrenia	18
Prevalencia de las deficiencias en el funcionamiento social	19
Habilidades sociales y conducta social	20
Factores que afectan el funcionamiento social	21
La percepción social	24
Los componentes de las habilidades sociales	26
El afecto, su expresión y la comunicación no verbal en la esquizofrenia	30
El entrenamiento de habilidades sociales	35
Conclusiones	37
Capítulo 3. Los tratamientos psicosociales de la esquizofrenia	38
Tipos de tratamientos psicosociales	40
Conclusiones	49
Capítulo 4. La musicoterapia	51
Introducción	51
Características de la conducta musical y su papel en la musicoterapia	52
Definición de musicoterapia	53
Tipos de experiencias en musicoterapia	54
Antecedentes históricos de la musicoterapia	59
El papel de los estímulos musicales en la musicoterapia	63
La relación de los procesos neuropsicológicos en la práctica de la musicoterapia	69

Algunos aspectos teóricos sobre el empleo de la musicoterapia en la salud mental	70
Antecedentes de investigación en musicoterapia	72
La musicoterapia con pacientes con esquizofrenia	75
Antecedentes de investigación en musicoterapia en México	78
Conclusiones	80
Capítulo 5: Método	87
Preguntas de investigación	87
Objetivos	87
Hipótesis	87
Variables	88
Tipo y diseño del estudio	90
Participantes	90
Instrumentos	93
Procedimiento experimental	104
Procedimiento del tratamiento con musicoterapia	105
Capítulo 6. Resultados	111
Capítulo 7. Discusión	128
Capítulo 8. Conclusiones	135
Coda	1139
Referencias	140
Anexo A: Cuadros de las sub escalas del Informe del Familiar sobre el Funcionamiento en el hogar del Paciente con esquizofrenia	155
Anexo B: Registro de conductas no verbales y de socialización durante la sesión de musicoterapia	161
Anexo C. Gráficas de los cambios en la conducta no verbal, consecuencia de la musicoterapia	164

D

Introducción.

La esquizofrenia es probablemente el trastorno mental más incapacitante, ya que afecta todas las áreas del funcionamiento, sobre todo el funcionamiento social. Aunque su incidencia es baja - 7 por 10000 - (OMS, 2002) su prevalencia aumenta debido a la cronicidad de la enfermedad. Cómo su inicio es en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana, la discapacidad que produce este padecimiento es en personas jóvenes y se prolonga largo plazo.

Los medicamentos antipsicóticos han mejorado el funcionamiento y el pronóstico de las pacientes con esquizofrenia, éstos medicamentos funcionan sobre todo para mejorar la fase aguda y los síntomas positivos de los pacientes, pero no los síntomas negativos ni la discapacidad en el funcionamiento que les provoca. Generalmente los pacientes con esquizofrenia sufren períodos de exacerbación de los síntomas, a pesar de tener una buena adherencia al tratamiento. También padecen de una serie de síntomas que les impide llevar una vida normal (los síntomas negativos) a lo cual hay que agregar los efectos colaterales causados por los medicamentos, lo cual los obliga a dejar de tomarlo, por lo que recaen y sufren de una nueva crisis. (Tarrier y Bobes, 2000)

Si bien es difícil que un paciente vuelva a su funcionamiento premórbido después del primer episodio psicótico (a menos que se trate oportuna y adecuadamente), las recaídas van deteriorando aun más el funcionamiento de los pacientes. La adherencia terapéutica, así como el tratamiento farmacológico y psicosocial son indispensables para evitar en la medida de lo posible el deterioro de estos pacientes.

En nuestro país, con la población con la que trabajamos, los pacientes con esquizofrenia llegan a tratamiento mucho tiempo después del primer episodio, y generalmente no han sido tratados adecuadamente o ha habido una adherencia pobre al tratamiento, lo cual se refleja en un funcionamiento psicosocial pobre y en un deterioro general.

Las investigaciones plantean que el tratamiento óptimo es la combinación del tratamiento farmacológico con el tratamiento psicosocial. (Mojtabi, 1998). Existen tratamientos psicosociales muy diversos para los pacientes con esquizofrenia. Entre ellos se encuentran la psicoterapia individual y de grupo de diversas corrientes teóricas, la terapia cognitivo conductual, el entrenamiento de habilidades sociales en sus diversas

modalidades (entrenamiento de habilidades, la rehabilitación cognitiva, el entrenamiento de resolución de problemas), la terapia ocupacional, la terapia familiar en sus modalidades individual y en grupo.

Este estudio propone a la musicoterapia se plantea como una alternativa nueva al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. La musicoterapia es el empleo de la música, en sus diversos tipos de experiencia para lograr los objetivos terapéuticos de las personas con diversos tipos de trastornos, que pueden ser físicos, emocionales, cognitivos, sociales, e incluso de salud física. La musicoterapia es aplicada por una persona previamente entrenada y capacitada quien aplica sus conocimientos para lograr los objetivos terapéuticos de los pacientes.

El reciente interés que ha surgido en los efectos de la música en el ser humano ha permitido una mayor desarrollo de la musicoterapia tanto en el ámbito clínico como de investigación. La musicoterapia moderna tiene sus orígenes en el campo de la psiquiatría y la salud mental, en el cual se observó inicialmente los efectos positivos que el escuchar música tenía sobre los pacientes. A partir de esas experiencias comenzó la profesionalización de la disciplina, lo cual trajo como consecuencia la sistematización de su práctica y así una mayor demanda de servicios ofrecidos por personal profesional específicamente entrenado. Actualmente la musicoterapia se aplica en otros países en el área de la salud mental con todo tipo de pacientes, con los objetivos terapéuticos pertinentes. Hoy se sabe que la musicoterapia sirve para mejorar el estado de ánimo, mejorar algunos síntomas, para ayudar a la interacción social, para establecer el contacto con la realidad, como forma de comunicación no verbal, etc.

Este trabajo tiene por objeto estudiar cómo la musicoterapia funciona en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia crónica sobre todo para mejorar las habilidades y algunos síntomas y responder a la pregunta ¿De qué manera la musicoterapia contribuye al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia crónica?.

En esta investigación se hace una revisión de las características de la esquizofrenia y su tratamiento, de la literatura de investigación sobre el tema y se presenta la investigación que se hizo en la que se comparó a un grupo de pacientes con esquizofrenia crónica que asistieron a musicoterapia con un grupo de pacientes que asistió a terapia psicosocial y un grupo que asistió a un programa de terapias múltiples.

Vale la pena mencionar que probablemente este es el primer estudio controlado que se realiza en nuestro país en el que se emplea la musicoterapia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia crónica y en el que se comparan sus efectos con los de otros dos tipos de intervenciones ya probadas. La posibilidad de realizar esta investigación da la oportunidad de poder mostrar que la musicoterapia es una técnica terapéutica útil en el tratamiento de estos pacientes, si se aplica según los lineamientos profesionales.

Capítulo 1

LA ESQUIZOFRENIA

1.1 Antecedentes históricos:

La magnitud del problema clínico que implica la esquizofrenia ha atraído a las figuras más renombradas en la psiquiatría y en la neurología. Dos de estas figuras son Emil Kraepelin (1856-1926) y Eugen Bleuler (1857-1939).

Kraepelin tradujo el término *Démence précoce* acuñado por Morel a *dementia precoz*. Este término hace énfasis el proceso de deterioro cognitivo (dementia) y el inicio temprano (precoz) de la esquizofrenia. Estos pacientes tenían un deterioro a largo plazo y síntomas clínicos comunes que eran las alucinaciones y los delirios. La descripción de Kraepelin coincide en muchos aspectos con la que actualmente se hace del síndrome de síntomas positivos.

Bleuler acuñó el término esquizofrenia que reemplazó al de dementia precoz en la literatura, eligió el término para expresar la presencia de una división (o escisión) entre el pensamiento, la emoción y la conducta de los pacientes. Bleuler hizo énfasis en el curso de deterioro de la esquizofrenia. Este autor identificó los síntomas fundamentales (o primarios) de la esquizofrenia para desarrollar su teoría sobre las escisiones (*schisms*) de los pacientes. Estos síntomas se conocen como las Cuatro A's que se refieren a trastornos en las asociaciones, aplanamiento afectivo, autismo y ambivalencia. También identificó los síntomas accesorios o secundarios que son los que Kraepelin consideraba como los indicadores primarios: las alucinaciones y los delirios.

1.2 Características de la enfermedad.

La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta el funcionamiento global de la personalidad. El DSM-IV (APA, 1994) describe a la esquizofrenia como sigue:

“Es un trastorno que se caracteriza por una mezcla de síntomas y signos que se han dividido en positivos y negativos. Los síntomas positivos reflejan una distorsión exagerada de las funciones normales mientras que los negativos parecen mostrar una disminución en las funciones normales. Los síntomas positivos son los delirios, las alucinaciones, el lenguaje desorganizado y la conducta desorganizada y catatónica. Estos síntomas a su vez parecen estar compuestos de dos dimensiones: la dimensión psicótica

que incluye a los delirios y a las alucinaciones y la dimensión de la "desorganización" que incluye al lenguaje desorganizado y a la conducta desorganizada".

1.3 Prevalencia: se calcula que la prevalencia de la esquizofrenia es de 0.5 a 1 % en la población general. (APA, 1994)

1.4 Distribución por edad y sexo.

Según el DSM-IV, la prevalencia es igual en los hombres que en las mujeres. En los hombres la edad de inicio es mas temprana. Mas de la mitad de los hombres y solo una tercera parte de las mujeres son admitidos a un hospital psiquiátrico antes de los 25 años. La edad de inicio más frecuente entre los hombres es entre los 15 y los 25 años, y en las mujeres entre los 25 y los 35.

El 90 % de los pacientes tratados por esquizofrenia tienen entre 15 y 55 años. Algunos estudios indican que los hombres se ven mas afectados por los síntomas negativos y que las mujeres tienen mas probabilidades de tener un mejor funcionamiento psicosocial, en general el pronóstico es mejor para las mujeres que para los hombres (Ganev, 2000).

1.5 Comorbilidad.

Suicidio. El suicidio es una causa de muerte común entre los pacientes de esquizofrenia, alrededor del 50% de todos los pacientes con este padecimiento tienen algún intento de suicidio en algún momento de su vida, del 10 al 15% de los pacientes muere por suicidio en un periodo de seguimiento de 20 años. Los intentos de suicidio son igualmente frecuentes en hombres que en mujeres. Los principales factores de riesgo son la presencia de síntomas depresivos, ser joven, un alto nivel de funcionamiento premórbido, especialmente si tienen educación universitaria, probablemente porque con esas características, son capaces de ver los efectos devastadores de la enfermedad (APA, 1994)

Abuso de tabaco. Las encuestas se portan temas de las tres cuartas partes de los pacientes con esquizofrenia fuman cigarrillos en comparación con menos de la mitad de los pacientes psiquiátricos además de los riesgos que para la salud tiene el consumo de tabaco, el fumar afecta otros aspectos el funcionamiento del paciente. Algunos estudios reportan que el consumo de tabaco se asocia con el empleo de altas dosis de

medicamentos antipsicóticos, se plantea que probablemente el cigarro incrementa el metabolismo de estos fármacos.

El abuso de otras drogas. La comorbilidad de la esquizofrenia con el abuso en el consumo de otras sustancias es común aunque aún no son claras las implicaciones que esto tiene para los pacientes con esquizofrenia. Del 30 al 50% de los pacientes con esquizofrenia llegan a tener los criterios diagnósticos de abuso de alcohol o de dependencia al alcohol. Las otras dos sustancias que se emplean con mayor frecuencia son el cannabis y la cocaína. Los pacientes reportan que el empleo de estas sustancias les brinda placer y reduce la depresión y la ansiedad. (Kaplan y Saddock 1995).

1.6 Aspectos culturales y socioeconómicos de la esquizofrenia.

La esquizofrenia se ha descrito en todas las culturas y en todos los grupos socioeconómicos. En las naciones industrializadas un número muy grande de pacientes con esquizofrenia pertenece a los estratos socioeconómicos más bajos, lo cual se puede explicar de dos maneras: por una parte la hipótesis del flujo social descendente que sugiere que las personas enfermas no son capaces de ascender socialmente y aun más, descienden a los grupos socioeconómicos más bajos debido a su enfermedad. La hipótesis de la causa social propone que el estrés que experimentan los miembros de estos grupos menos favorecidos contribuye al desarrollo de la esquizofrenia. Algunas investigaciones muestran que existe una alta prevalencia de la esquizofrenia entre inmigrantes recientes, lo cual puede implicar que los cambios culturales abruptos pueden ser un estresor que puede disparar o causar esquizofrenia. .

1.7 Etiología.

Actualmente se reconoce que la esquizofrenia es un trastorno multifactorial, compuesto de elementos físicos, psicológicos y sociales, por lo que no es posible tratar los síntomas de manera aislada. (Tarrier y Bobes, 2000).

1.8 Curso de la enfermedad.

Generalmente la esquizofrenia se inicia en la adolescencia tardía en los hombres y en la parte tardía de la década de los 20's para las mujeres. No es frecuente que haya una remisión completa al funcionamiento premórbido. (APA, 1994)

Los síntomas comienzan en la adolescencia y en ocasiones en la niñez, los síntomas prodrómicos pueden presentarse en días o meses. Algunos cambios sociales o medioambientales pueden ser los disparadores de los síntomas psicóticos.

La enfermedad se caracteriza por una fase activa en la que predominan los síntomas positivos, los cuales que mejoran notablemente con el empleo de medicamentos neurolépticos. Después de la crisis aguda se van estableciendo los síntomas negativos, que no son tan susceptibles de mejorar con los medicamentos y que juegan un papel clave en la cronicidad de la enfermedad.

El curso típico de la esquizofrenia es de exacerbaciones y remisiones, después del primer episodio psicótico, el paciente puede recuperar gradualmente su funcionamiento hasta llegar al que tenía antes de la crisis; pero generalmente los pacientes recaen. El patrón de la enfermedad que presenten durante los primeros cinco años después de diagnóstico generalmente es el indicador del curso de la enfermedad de los pacientes. Se puede afirmar que cada una de las crisis implica un deterioro en el funcionamiento; con cada recaída, los síntomas positivos tienden a ser menos severos, pero no así los síntomas negativos o de déficit son cada vez peores. Una tercera parte de los pacientes con esquizofrenia pueden tener una vida casi normal, marginal o integrada a la sociedad, pero en la mayor parte de los casos, estos pacientes tienen una vida que se caracteriza por la falta de metas, la inactividad, y en el medio urbano no es raro que vivan en la pobreza.

Se ha visto que puede existir un patrón premórbido de síntomas pueden ser la primera evidencia de la enfermedad, aunque generalmente estos se reconocen retrospectivamente. (Kaplan y Saddock, 1995).

1.9 Criterios para el diagnóstico.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) son los que siguen:

- A. Síntomas característicos: dos o más de los siguientes, cada uno debe estar presente durante un tiempo significativo durante un mes (o menos si se le trata con éxito).
 1. delirios
 2. alucinaciones
 3. lenguaje desorganizado (trastornos del curso del lenguaje o incoherencia)
 4. conducta desorganizada o catatónica

5. síntomas negativos, p.e. aplanamiento afectivo, alergia o abulia
- B. Disfunción social y ocupacional. Una de las principales áreas de funcionamiento – trabajo, relaciones interpersonales, autocuidado, etc.- se encuentran muy por debajo del nivel premórbido durante un tiempo significativo después del inicio de la enfermedad.
- C. Duración. Los signos continuos de la enfermedad deben estar presentes por lo menos durante 6 meses.
- D. Se deben excluir los trastornos esquizoafectivos y los del afecto.
- E. Le enfermedad no se debe directamente a los efectos de alguna sustancia (ilegal o de uso médico)
- F. Si previamente existe un trastorno en el desarrollo, se debe hacer el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo si los delirios o las alucinaciones han estado presentes por lo menos durante un mes.

La presencia de alucinaciones o de delirios no es necesaria para el diagnóstico de esquizofrenia. un paciente puede tener diagnóstico esquizofrenia cuando muestra dos de los síntomas del 3 al 5 de los criterios A.. El criterio B requiere que el funcionamiento se vea afectado aunque no forzosamente deteriorado durante la fase activa de la enfermedad. El DSM-IV estipula que los síntomas deben persistir por lo menos durante seis meses y que se deben descartar otros diagnósticos. .

1.10 Tipos de esquizofrenia.

Según el DSM-IV, actualmente se reconocen 4 tipos de esquizofrenia:

La esquizofrenia de tipo paranoide. Se caracteriza porque existe una preocupación por uno o más delirios en los que con frecuencia se presentan alucinaciones auditivas. No deben estar presentes las características del tipo desorganizado o catatónico. Generalmente el tipo paranoide de la enfermedad se caracteriza por la presencia de delirios de persecución o de grandeza y, los pacientes con este tipo esquizofrenia generalmente presentan su primer episodio a una edad mayor que los pacientes que tienen esquizofrenia catatónica o desorganizada. Estos pacientes tienen entre 20:30 años y por lo tanto ya han establecido una vida social y tienen quien les puede ayudar y apoyar durante su enfermedad. Los recursos yocicos de los pacientes con esquizofrenia paranoide son mejores que los de los pacientes con esquizofrenia catatónica o la desorganizada. Quienes

padecen esquizofrenia de tipo paranoide muestran un deterioro menor de sus facultades mentales y menos regresión en sus respuestas emocionales. Estos pacientes tienden a ser tensos, suspicaces, demasiado precavidos, reservados y en ocasiones hostiles o agresivos, pero ocasionalmente pueden conducirse adecuadamente en situaciones sociales. El funcionamiento intelectual en las áreas que no se ven invadidas por la psicosis tiende a permanecer intacto.

La esquizofrenia de tipo desorganizado. El tipo desorganizado, anteriormente conocido como esquizofrenia hebefrénica se caracteriza por una regresión marcada a una conducta primitiva, desinhibida y desorganizada, y por la ausencia de síntomas del tipo catatónico. Este tipo de esquizofrenia generalmente tiene un inicio temprano, antes de los 25 años. Los pacientes con este tipo de esquizofrenia parecen activos pero de una manera poco constructiva y su actividad no tiene metas. El trastorno del pensamiento es pronunciado y su contacto con la realidad es pobre. Su apariencia personal y su conducta social son muy descuidadas, sus respuestas emocionales son inapropiadas y con frecuencia rompen en risas sin ninguna razón aparente. Las sonrisas y las gesticulaciones incongruentes son comunes en estos pacientes cuya conducta se describe como tonta o sin sentido.

La esquizofrenia de tipo catatónico. El tipo catatónico, que era común hace varias décadas, ahora es muy raro tanto en Europa como en Norteamérica. Las características clásicas de este tipo son un trastorno marcado en la función motora, el cual consiste en estupor, negativismo, rigidez, excitación y posturas extrañas. Algunas veces el paciente muestra una alternancia rápida entre los extremos de excitación y estupor. Las características asociadas incluyen a las estereotipias, los manierismos, y la flexibilidad cética. Estos pacientes requieren de una supervisión cuidadosa durante las crisis de estupor catatónico o la excitación, ya que pueden lastimarse a sí mismos o a los demás. Es probable que requieran de atención médica debido al cansancio extremo, la desnutrición o las heridas que se hayan infligido.

La esquizofrenia de tipo indiferenciado. Con frecuencia algunos pacientes que claramente tienen esquizofrenia no caben dentro de ninguno de los tipos descritos anteriormente, por lo que el DSM-IV los clasifican en el tipo indiferenciado.

La esquizofrenia de tipo residual. De acuerdo con el DSM-IV el tipo residual se caracteriza por la presencia evidente de un trastorno esquizofrénico con la ausencia del

conjunto completo de síntomas o de síntomas suficientes para llenar los criterios diagnósticos de otro tipo de esquizofrenia. En este tipo aparece el embotamiento emocional, el retraimiento social, la conducta excéntrica, el pensamiento ilógico, y asociaciones laxas, pero no ocurren los delirios, las alucinaciones.

1.11 Clasificación según la CIE-10

La Clasificación Internacional de las Enfermedades diferencia entre el trastorno esquizotípico y los trastornos esquizofrénicos, aunque generalmente están relacionados. De acuerdo con esta clasificación existen nueve grupos de síntomas que son importantes para el diagnóstico de la esquizofrenia: 1) los trastornos del pensamiento, como son la inserción, el retraimiento, y la transmisión del mismo; 2) los delirios de control, de influencia, o pasividad; 3) las voces alucinatorias 4) otros delirios persistentes que son culturalmente inapropiados e imposibles; 5) las alucinaciones persistentes; 6) las interrupciones en el pensamiento como interpolación en el mismo; 7) la conducta catatónica; 8) los síntomas negativos cuyo resultado es el retraimiento social y un pobre funcionamiento social que no está causado por la depresión o por los medicamentos; 9) un cambio generalizado y consistente en la conducta.

La forma de establecer el diagnóstico en cuanto al número de síntomas y tiempo de evolución de la enfermedad es distinto de los propuestos por el DSM-IV.

1.12 Los síntomas positivos

Los síntomas positivos consisten en un exceso o distorsión de las funciones normales. Incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones) el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización conductual (conducta desorganizada o catatónica). Estos síntomas a su vez incluyen dos dimensiones diferentes: la "dimensión psicótica" que abarca las ideas delirantes y las alucinaciones y la "dimensión de desorganización" que abarca la conducta y el lenguaje desorganizados.

Las ideas delirantes son creencias erróneas que implican la interpretación distorsionada de las percepciones o de las experiencias del sujeto. Su contenido puede ser religioso, de persecución- siendo este el más común- somático, de grandeza o de referencia. En ocasiones es muy difícil distinguir entre un delirio y una creencia fuertemente arraigada y mantenida. También pueden ser peculiares o raros y en esos

casos es importante tomar como referencia la cultura de donde proviene el paciente para poder definir lo extraño de este síntoma. Si el delirio es considerado como bizarro o raro por sí solo, puede no ser un criterio para el diagnóstico de esquizofrenia.

Las alucinaciones pueden darse en cualquier modalidad sensorial aunque las auditivas son las más frecuentes en la esquizofrenia. Generalmente son voces, conocidas o desconocidas para el paciente, éstas son distintas de sus pensamientos y que le comunican una serie de mensajes de contenidos muy variados, los más frecuentes son los peyorativos o amenazadores. Algunos tipos de alucinaciones son característicos de la esquizofrenia, p. e. dos personas platicando. Es importante considerar que éstas deben ocurrir en un sensorio claro del paciente para ser consideradas como síntoma diagnóstico.

El pensamiento desorganizado es uno de los criterios diagnóstico más importante y se basa esencialmente en el lenguaje de la persona. Este puede estar desorganizado de diversas maneras, p.e: puede cambiar de tema sin que haya conexión entre uno y otro (asociaciones laxas), las respuestas a las preguntas no tienen ninguna relación con éstas (pensamiento tangencial) y en algunas ocasiones el lenguaje puede estar tan desorganizado y ser tan incoherente que no se entiende lo que el paciente quiere decir. El síntoma puede ser tan severo que impide la comunicación eficiente.

La conducta desorganizada se puede manifestarse de manera variada: va desde un comportamiento infantil hasta la agitación severa. Las dificultades se observan en cualquier conducta que requiere del cumplimiento de una meta, como p.e las actividades de la vida diaria como es la limpieza o la alimentación. A causa de la desorganización, el aspecto de la persona llega a cambiar, su arreglo y aliño se descomponen y su comportamiento que puede ser raro y poco usual.

A simple vista los síntomas positivos pueden interferir con la habilidad de la persona para recibir información del medio ambiente externo, para procesarla eficazmente y para responder adecuadamente. (Keefe y McEvoy, 2001). La severidad de los síntomas positivos se ha asociado con un funcionamiento social más pobre (Keefe, Mohs, Losonezy y cols. 1987), y en ocasiones con agorafobia y con fobia social (Penn, Hope, Spaulding, y cols. 1994). Los pacientes que tienen más síntomas positivos como delirios y alucinaciones generalmente tienen un funcionamiento global más bajo y más hospitalizaciones (Peralta, Cuesta, y de León, 1995); pero parece ser que los síntomas

positivos interfieren menos en el funcionamiento social que los síntomas negativos (Pogue-Geile y Harrow, 1984). Cuando se estudiaron a los pacientes con síntomas negativos más prominentes, los que tenían más síntomas positivos mostraban un mayor grado de independencia dentro de la institución y parecían tener más actividades para el empleo de su tiempo libre (Harvey, Curson, Pantelis y cols. 1996). Cuando los síntomas positivos aparecen con los negativos, generalmente denotan una mayor severidad de la enfermedad que cuando aparecen los síntomas positivos por sí solos. Los pacientes que presentan una mezcla de síntomas positivos y negativos, o solo síntomas negativos, tienen un funcionamiento más pobre durante las hospitalizaciones que los que tienen solo síntomas positivos (Pogue-Geile y Harrow, 1984).

Lo anterior permite concluir que aunque los síntomas positivos expresan una conducta más disruptiva, esto es a corto plazo (ya que los síntomas positivos responden muy favorablemente a los medicamentos) y que los sujetos que tienen síntomas positivos de manera predominante tienen un mejor pronóstico para su funcionamiento.

1.13 Los síntomas negativos

Los síntomas negativos representan una disminución o pérdida en las funciones normales. (APA; 1994) Según el DSM-IV existen tres síntomas negativos que son el aplanamiento afectivo, la alojía y la abulia. Buchanan y Carpenter (1994) consideran a la anhedonia como un síntoma negativo.

El **aplanamiento afectivo** que es la restricción en el rango e intensidad de la expresión del afecto. Se caracteriza porque la cara de la persona parece inexpresiva y no responde a los estímulos del medio, hay poco contacto visual y el lenguaje corporal es limitado. El rango de sus expresiones emocionales es muy limitado, aunque la expresión puede mejorar si está en un ambiente cálido p.e. con amigos. Buchanan y Carpenter, (1994)

La **alojía** o pobreza del lenguaje es la falta de fluidez y productividad del pensamiento y del lenguaje y se manifiesta en respuestas cortas, lacónicas y en ocasiones vacías. Pareciera como si los pensamientos del paciente hubieran disminuido ya que reflejan una falta de fluidez y de riqueza en su lenguaje. (APA, 1994)

La **abulia** es la disminución del inicio de las conductas dirigidas a una meta y se caracteriza por la incapacidad para iniciar o mantener una actividad que está dirigida al

cumplimiento de metas. La persona puede estar sentada horas enteras sin mostrar mayor interés en actividades sociales o laborales. (APA, 1994).

La anhedonia es la limitación en la capacidad de disfrutar de las experiencias de la vida.

Los síntomas negativos pueden ser primarios y representan una característica intrínseca de la esquizofrenia, o pueden ser secundarios a factores extrínsecos de la enfermedad o a otras características psicopatológicas de la esquizofrenia, o pueden deberse a los efectos colaterales de los medicamentos (como sedación, aquinesia, etc.), (Carpenter, 1985) la privación sensorial y medioambiental (Wing y Brown, 1970) a los síntomas positivos o al afecto disfórico.

Los síntomas negativos primarios son independientes de los síntomas positivos como las alucinaciones, los delirios y la conducta desorganizada. (Buchanan y Carpenter, 1994), y predicen de manera importante la calidad de vida y del funcionamiento ocupacional de los pacientes (Buchanan y Gold, 1996). Los síntomas negativos se asocian con un patrón diferencial de anormalidades cognitivas y neuropsicológicas funcionales. (Buchanan, 1994; Bustillo; 1997; Strauss 1993) que emanan de un sustrato neural diferente subyacente a otros aspectos de la esquizofrenia. (Carpenter, 1993; Buchanan y Carpenter, 2001). Los síntomas negativos primarios parecen tener un patrón único y característico de asociación con algunos factores de riesgo etiológicos. (Dworkin 1988; Kendler, 1998). Únicamente los síntomas negativos primarios son relevantes para la etiología y patofisiología de la esquizofrenia, y se derivan y coinciden con la descripción que hizo Kraepelin de la patología abúlica, misma que se ha operacionalizado en el concepto de síndrome de déficit.

Aunque a la larga los síntomas negativos parecen ser los más incapacitantes para la vuelta al funcionamiento premórbido, son difíciles de evaluar ya que por un parte aparecen como parte de un continuo entre el comportamiento normal y el patológico, y por la otra, pueden deberse a otros factores que no sean los síntomas positivos o los efectos secundarios de los medicamentos neurolépticos. Pueden incluso ser parte de otro trastorno, como puede ser una depresión. Los factores medioambientales también pueden jugar un papel importante en los síntomas negativos, p. e. la desmoralización del paciente o de sus familiares o la falta de estimulación al paciente. (APA, 1994).

1.14 Características asociadas de la esquizofrenia

Las características asociadas del trastorno que pueden estar presentes pero no son criterio para el diagnóstico de la enfermedad. Estas son:

El afecto inapropiado, en ocasiones la anhedonia, (si se le considera como característica asociada) un estado de ánimo disfórico, trastornos en los patrones del sueño, en la conducta psicomotora, dificultades en la concentración, falta de insight, sentimientos de despersonalización, anormalidades motoras (como gesticulaciones, manierismos, conductas rituales).

1.15 Pronóstico.

Varios estudios muestran que en un período de cinco a diez años después de la primera hospitalización, únicamente del 10 al 20% de los pacientes tienen buen funcionamiento. Más del 50% de los pacientes tienen pobres resultados caracterizados por hospitalizaciones frecuentes, exacerbación de los síntomas, episodios de trastornos afectivos e intentos de suicidio. A pesar de estos datos tampoco alentadores, la esquizofrenia no siempre tiene un curso deteriorante y existen algunos factores que se asocian con un buen pronóstico como son un inicio tardío, eventos precipitantes evidentes o claros, un inicio agudo, un funcionamiento premórbido adecuado en las áreas social, sexual y laboral; síntomas de trastornos afectivos, el estar casado, un buen sistema de apoyo y síntomas positivos.

La tasa de recuperación se reporta entre el 10 y el 60% y una estimación razonable que del 20 al 30% de los pacientes con esquizofrenia son capaces de llevar una vida razonablemente normal; el 20 al 30% continúan con síntomas moderados y del 40 al 60% de los pacientes permanecen significativamente afectados en todas las esferas de su vida por esta enfermedad. Los pacientes con esquizofrenia tienen un pronóstico mucho menos bueno que los pacientes que tienen trastornos afectivos (Schubart, 1986)

1.16 Tratamientos

Cuando se considera el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia es necesario considerar que cada una de estas personas es un individuo único con características personales familiares sociales y psicológicas particulares

Los factores que deben determinar el enfoque terapéutico son cómo el trastorno ha afectado al paciente y de qué manera éste puede ser ayudado por el tratamiento.

Hospitalización. Está indicada sobre todo para efectos diagnósticos, para estabilización del efecto de los medicamentos, por seguridad el paciente debido a ideas suicidas u homicidas, o porque la conducta del sujeto es muy desorganizada o inadecuada, incluyendo la incapacidad para cuidarse a sí mismo o para satisfacer las necesidades básicas como comer, vestirse y cuidarse. Si es bien llevada, la hospitalización disminuye el estrés de los pacientes y les ayuda a estructurar sus actividades diarias.

Las terapias biológicas.

Aunque los medicamentos antipsicóticos es la esencia del tratamiento de la esquizofrenia, las investigaciones han encontrado que las intervenciones psicosociales pueden aumentar la mejoría clínica ((Huxley, Rendall y Sederer, 2000;). La mayor parte de los pacientes con esquizofrenia se benefician de la combinación de medicamentos antipsicóticos y de tratamiento psicosociales.

La farmacoterapia. Los medicamentos antipsicóticos, cuyo uso se inició en los años 50's han revolucionado el tratamiento de la esquizofrenia. Este tipo de fármacos está constituido por dos tipos: los antagonistas de los receptores de la dopamina, como por ejemplo la clorpromazina (Thorazina), y el haloperidol (Haldol), y los antagonistas de la serotonina-dopamina como son la risperidona (Risperdal), la clozapina (Leponex). Los medicamentos antipsicóticos clásicos o típicos son los antagonistas de los receptores de la dopamina que son efectivos para tratar sobre todo los síntomas positivos. Estos medicamentos tienen dos efectos principales: primero, sólo un pequeño porcentaje de los pacientes (alrededor de 25%) de los que los emplean se recuperan razonablemente sobre todo en lo que se refiere al funcionamiento mental; segundo, los antagonistas de los receptores de la dopamina se asocian con efectos secundarios severos y muy molestos, los más comunes son la acatisia y la rigidez y el temblor de tipo parkinsoniano. Los efectos secundarios potenciales severos pueden ser la diskinesia tardía y el síndrome neuroleptico maligno (Kaplan y Saddock, 1995).

Los antagonistas de la serotonina-dopamina también se conocen como antipsicóticos atípicos, estos parecen ser más efectivos para un mayor número de pacientes que los antipsicóticos típicos. Son por lo menos tan efectivos como el haloperidol para controlar los síntomas positivos y parecen ser más efectivos sobre los síntomas negativos y, también tienen menos efectos extrapiramidales.

No es raro que además de los medicamentos antipsicóticos los pacientes con esquizofrenia tengan que tomar otro tipo de medicamentos para mejorar, la ansiedad, el estado de ánimo e incluso los efectos secundarios que los antipsicóticos les causan.

1.17 LA DISCAPACIDAD EN LA ESQUIZOFRENIA

Según la Clasificación internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF; OMS, 2001) el funcionamiento es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con un problema de salud) y sus factores contextuales.

La discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición o problema de salud) y sus factores contextuales.

La discapacidad y el funcionamiento se pueden explicar desde el punto de vista del modelo médico y del modelo social. El modelo médico considera la discapacidad como un problema que tiene la persona y que ha sido causado directamente por una enfermedad, trauma o condición de salud que requiere de cuidados y tratamiento médico. El tratamiento de la discapacidad tiene por objetivo curar o lograr una mejor adaptación de la persona y un cambio de conducta. (OMS; 2001)

El modelo social considera al problema como de salud como uno de tipo social esencialmente. los objetivos de las intervenciones son la completa integración de la persona a la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el entorno y el contexto social. La solución del problema es responsabilidad colectiva y de la sociedad para modificar al medio ambiente de manera que la persona se incorpore a la sociedad.

Como se ha dicho, la esquizofrenia es una enfermedad que produce discapacidad y disminución en la funcionalidad en muchas áreas del funcionamiento. Los estudios reportan que existe una tendencia en estos paciente a la mejoría de los síntomas psicóticos pero al deterioro del funcionamiento social (Ganev, 2000). Este autor realizó un estudio de seguimiento de 16 años para conocer la tendencia de la evolución del funcionamiento de los pacientes con esquizofrenia y encontró que al cabo de ese tiempo,

la tendencia de los síntomas psicóticos era hacia la mejoría pero que para el funcionamiento social era hacia el deterioro (45%). Al cabo de 10 años, este mismo grupo de estudio mostraba mejoría en los síntomas –aunque algunos todavía tenían síntomas severos- pero la tendencia era hacia el deterioro del funcionamiento social para el 45% de los sujetos. El empeoramiento de los síntomas podía predecir un deterioro en el funcionamiento social pero la mejoría de los síntomas no predecía una mejoría en el funcionamiento social. Al cabo de 16 años encontré que la mejoría estaba relacionada con el inicio agudo de la enfermedad y con trastornos mentales severos en la familia. La mejoría en el funcionamiento social se asociaba al género, ser varón, al inicio agudo de la enfermedad, a características positivas de la personalidad (no se especifican) y al estado civil, casado. La tendencia de la mejoría de los síntomas también estaba asociada con una historia de enfermedad mental aguda. Esta tendencia también es reportada por otros autores (Schubart y cols. 1986)

Capítulo 2

2.1 El funcionamiento social y la esquizofrenia.

La deficiencia en el funcionamiento social es una de las principales características de la esquizofrenia. El funcionamiento social del paciente con esquizofrenia está mediado por la falta de habilidades sociales, por lo que en general estos pacientes tienen un funcionamiento social más pobre que los pacientes con trastornos afectivos o que sujetos normales (Bellack y Mueser, 1998)

En un estudio realizado por Bellack, Morrison, Wixted y Mueser (1990) se evaluaron las habilidades de un grupo de pacientes con esquizofrenia, de un grupo con trastornos afectivos y de un grupo de controles normales (que no eran pacientes psiquiátricos). Se evaluó en general la habilidad social, los componentes no verbales y paralingüísticos y qué tan adecuado era el contenido verbal. Los pacientes con esquizofrenia obtuvieron los resultados más pobres, seguidos de los pacientes con trastornos afectivos mayores, y por el grupo control al final (con las mejores calificaciones). Los pacientes con síntomas negativos tenían menos habilidades sociales más pobres, los que no tenían síntomas negativos tenían un funcionamiento muy similar a los de los pacientes con trastornos afectivos mayores.

Hersen y Bellack (1977) definieron las habilidades sociales como "la habilidad para expresar los sentimientos positivos y negativos dentro del contexto interpersonal, sin que por ello se pierda el reforzamiento. Estas habilidades se emplean en una gran variedad de contextos interpersonales e implican la emisión adecuada de las respuestas verbales y no verbales. Además, el individuo que posee estas habilidades sociales, y está "a tono" con la realidad y las situaciones, se da cuenta de cuándo es probable que se le refuerce por sus esfuerzos". Las habilidades sociales pueden ser entendidas de una manera muy amplia como aquellas conductas que permiten una interacción social eficiente y exitosa, es la habilidad para provocar una respuesta favorable por parte del medio ambiente del individuo. (Bellack y Mueser, 1998)

Las habilidades sociales son específicas a las situaciones y deben ser conductas efectivas para la interacción social pero, la efectividad depende del contexto de la interacción: por ejemplo presentarse ante personas que uno no conoce o expresar agradecimiento a un amigo (Hersen y Bellack, 1976). Es importante señalar que las

habilidades sociales deben ser congruentes y acordes a la situación, ya que hay pocas conductas de la interacción interpersonal que son universalmente adecuadas. (Bellack y cols, 1997). El individuo que posee habilidades sociales sabe cuando, donde y cuáles son las diferentes conductas que se esperan y cuáles son sancionadas. Así, las habilidades sociales implican la habilidad para percibir y analizar señales sutiles que definen una situación. Así como la presencia de un repertorio de respuestas adecuadas.

Otra perspectiva que es complementaria a la anterior es la de Liberman y cols. (1989) quienes definen a las habilidades sociales como aquellas conductas que permiten al individuo lograr metas instrumentales, que son por ejemplo poder ir a comprar a la tienda lo que necesita, y las habilidades afiliativas, que se refieren a la habilidad de establecer relaciones interpersonales como por ejemplo hacer amigos. De acuerdo con estos autores las **habilidades sociales** son las habilidades específicas para lograr estas metas mientras que la **competencia social** se refiere al logro concreto de las mismas, de acuerdo con los roles sociales previamente establecidos (Bellack y Mueser, 1990). La competencia social implica el óptimo reforzamiento: el matrimonio, las amistades, la gratificación sexual, el empleo y la defensa de los derechos personales son fuentes importantes de reforzamiento que implican el uso de las habilidades sociales. Es muy probable que la persona que carece de estas habilidades fracase en la mayoría de estas esferas y como consecuencia experimentará ansiedad, frustración, aislamiento todas las cuáles son especialmente problemáticas para los pacientes con esquizofrenia. Así, en los pacientes con esquizofrenia, el déficit en las habilidades sociales puede incrementar el riesgo de recaídas y el poseer las habilidades sociales adecuadas puede disminuir ese riesgo (Bellack, Mueser, Gingerich y Agresta, 1997).

2.2 Prevalencia del déficit en las habilidades sociales.

Para determinar la prevalencia de la deficiencia en las habilidades sociales Mueser, Bellack, Douglas y Morrison (1991) compararon en una evaluación con rol playing a un grupo de pacientes con esquizofrenia y con trastorno esquizo-afectivo con una muestra pareada de sujetos que no eran pacientes. Se evaluó a los pacientes poco tiempo después de haber sido hospitalizados y 12 meses después. Los sujetos controles fueron evaluados una sola vez. En total se evaluaron 12 segmentos de rol playing

Para efectos de la investigación los autores definieron el déficit en alguna de las habilidades sociales evaluadas como "la ejecución que fuera peor que la del peor sujeto control". En cuanto a las habilidades sociales en general los resultados mostraron que el 50% de los pacientes tenían deficiencias en ambas evaluaciones y solo 10% de los pacientes fueron clasificados como que tenían habilidades sociales adecuadas. El resto de los pacientes tenían un nivel variable de habilidades sociales en ambas evaluaciones. Aunque muchos pacientes tenían deficiencias en el funcionamiento social en general, las deficiencias en áreas específicas fueron poco frecuentes. La única habilidad específica en la cual se encontró deficiencia en ambas evaluaciones fue en la fluidez del intercambio verbal (*meshing*). Esta característica – que es parte de las habilidades de equilibrio interactivo- (Bellack y cols., 1997) se observa cuando el paciente con esquizofrenia hace pausas muy largas antes de responder verbalmente a su interlocutor. El 14% de los pacientes tenían esta deficiencia. Aunque solo se evaluó un número pequeño de habilidades, los autores concluyen que no todos los pacientes con esquizofrenia tienen deficiencias en las habilidades sociales, y afirman que es posible que si se hubiese evaluado un mayor número de habilidades y de mayor complejidad, probablemente más pacientes hubiesen presentado deficiencias en el funcionamiento social.

2.3 Habilidades sociales y conducta social

De acuerdo con Bellack y cols. (1997) y Bellack y Mueser (1998), la conducta interpersonal está basada en una serie de habilidades específicas. La palabra "habilidad" se emplea para enfatizar que la competencia social está basada en una serie de habilidades ejecución aprendidas, más que en características, necesidades o procesos intrapsíquicos. Una conducta social pobre o inadecuada generalmente tiene como consecuencia una deficiencia en las habilidades sociales seguido los aspectos básicos de la conducta social se aprenden en la niñez mientras que los repertorios de conductas más complejas como por ejemplo salir con una pareja o buscar trabajo se adquieren en la adolescencia o en la edad adulta temprana. Parece ser que algunos de los elementos de la competencia social como son la expresión facial y a expresión del afecto no son aprendidas sino genéticamente propias de la especie. Las investigaciones sugieren que virtualmente todas las conductas sociales pueden ser aprendidas, o sea que pueden ser modificadas por la experiencia o por el entrenamiento. (Bellack y cols. 1997).

Estos mismo autores afirman que la disfunción social ocurre cuando se presentan algunas de las circunstancias que a continuación se describen:

- cuando un individuo no sabe poner en práctica de manera adecuada estas habilidades,
- cuando no utiliza las habilidades que posee en su repertorio en las situaciones que así lo requieren, o
- Cuando la conducta es sustituida por comportamientos socialmente inadecuados.

La primera de estas causas es muy frecuente en la esquizofrenia, ya que las personas no aprenden las conductas sociales necesarias debido a tres razones principales:

1. Porque cuando son niños no aprenden las conductas sociales adecuadas debido un probable problema de atención que interfiere con el aprendizaje y por lo tanto con la adquisición de las habilidades sociales.

2. Porque generalmente el inicio de la esquizofrenia es durante la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana, que son períodos críticos para la adquisición y el dominio de los roles y habilidades sociales de adultos, -por ejemplo el salir en pareja, las conductas sexuales, la habilidad para formar y mantener relaciones públicas, las habilidades relacionadas con el trabajo-, y debido al inicio del padecimiento,

3. Porque muchas personas con esquizofrenia se van aislando debido a las hospitalizaciones a sus conductas inadecuadas o a que no pueden relacionarse con los demás, por lo que tienen pocas oportunidades para practicar los roles sociales que son adecuados para su edad, tienen pocos contactos sociales y por lo tanto no tienen la oportunidad para adquirir y practicar roles que les corresponden. En algunos casos las habilidades que se adquirieron en etapas más tempranas de la vida se pierden debido a la falta de práctica o falta de reforzamiento por parte del medio ambiente. (Bellack y cols., 1997).

2.4 Factores que afectan el funcionamiento social

Existen otros factores que afectan el funcionamiento social, entre ellos se encuentran:

- Los síntomas positivos, que impiden a la persona concentrarse en las interacciones sociales.

- La falta de motivación, característica de muchas personas con esquizofrenia, quienes evitan de manera propositiva la interacción social y tienen poca motivación para tener relaciones sociales. Algunos factores que influyen en este comportamiento son que con frecuencia los pacientes crónicos tienen una larga historia de fracasos sociales, rechazo, y crítica hacia ellos, y como resultado aprenden que es más seguro reducir las interacciones sociales al mínimo en vez de arriesgarse a fracasar nuevamente. Por otra parte la mayor parte de los pacientes se encuentran en una lucha constante para controlar sus síntomas, limitar el malestar afectivo, y mantener una calidad de vida razonablemente buena. (Bellack y cols. 1997).

- Los estados afectivos. Con frecuencia la interacción social provoca mucha ansiedad a las personas que padecen esquizofrenia lo cual conduce a que eviten éste tipo de situaciones. Algunas investigaciones señalan que estos pacientes son especialmente sensibles al conflicto y a la crítica y que prefieren retirarse de una situación de conflicto potencial en vez de enfrentarla. (Bellack, Mueser, Wade, Sayers y Morrison, 1992), por lo que los estados afectivos suelen ser un obstáculo para la interacción.

Factores medioambientales

- Existen tres aspectos del medio ambiente que con frecuencia les impiden a los pacientes utilizar sus habilidades sociales efectivamente.

1. Sus habilidades tienden a ser limitadas y la ejecución o puesta en práctica de estas es burda o imperfecta y desafortunadamente en la sociedad estas personas no son toleradas debido sus errores sociales y las gentes en general tiende a ser crítica e impacientes con ellos. Como resultado, los pacientes no reciben reforzamiento por sus esfuerzos y en algunas circunstancias obtienen respuestas desagradables, por lo que, tratan de evitar la interacción social.

2. Además, muchos pacientes son desempleados o viven en circunstancias económicas muy difíciles por lo que no tienen los recursos para participar en actividades sociales y recreativas, que puedan disfrutar y en las cuales puedan poner en práctica sus habilidades.

3. Muchos de los pacientes con esquizofrenia se van aislando y no tienen una buena red de apoyo social, los enfermos son estigmatizados y general las personas tratan de evitarlos. Las hospitalizaciones y los períodos de crisis agudas interfieren con la vida

social normal lo cual obliga a los pacientes a romper periódicamente con el ambiente social y con las pocas relaciones que hayan desarrollado.

Otros factores:

Otro factor que puede influir en la falta de estas habilidades es la percepción social que se ve afectada por el **déficit cognitivo** causado por la enfermedad. Se ha planteado que la comunicación efectiva requiere de una percepción social precisa, de un buen funcionamiento cognitivo y de suficientes conductas sociales (MaFull, 1982; Morrison y Bellack, 1981; Wallace y cols. 1980 Trower, Bryant y Argyle, 1978;).

Las dificultades en el procesamiento de la información son una característica de la enfermedad. Algunos pacientes pueden tener problemas para poner atención, para procesar información a la misma velocidad que los demás, y para discriminar los estímulos importantes de los que no lo son tanto. Los pacientes con esquizofrenia con frecuencia tienen problemas de memoria a corto plazo (Mueser, Bellack, Douglas y Wade, 1991), parecen olvidadizos y distraídos y se les acusa de que no prestan atención y de que cometen errores importantes. Otro aspecto importante es el déficit en el procesamiento de información compleja o abstracta (Gray, Feldon, Rawlings, Helmsley y Smith, 1991), con frecuencia los pacientes tienen dificultad para resolver problemas complejos en parte por que tienen dificultades en el proceso de abstracción y/o una reducción en la habilidad para establecer una relación entre la experiencia presente y la pasada, lo cual tiene como consecuencia que no pueden aprender de la experiencia. Estos pacientes también tienen problemas para organizar, iniciar y mantener un plan de acción por lo que su capacidad de razonamiento para la resolución de problemas parecen desorganizados. Todo lo anterior se ve reflejado en la interacción social.

Los síntomas negativos son otro problema importante. Se ha visto que en los pacientes con esquizofrenia una tendencia a la correlación entre síntomas negativos y falta de habilidades sociales, pero no así de los síntomas positivos. Asimismo estos pacientes tienen más dificultades en las habilidades sociales que los pacientes con trastornos afectivos (Bellack, Morrison, Wixted y Mueser, 1990) Se plantea que es posible que las dificultades en esta área se deban por una parte a los efectos secundarios de los medicamentos pero por otra a todo un dominio de déficit de la esquizofrenia y no específicamente a la incapacidad social. (Chapman y Chapman, 1978).

Los estudios señalan que las deficiencias en las habilidades sociales son más prevalentes entre los hombres (Mueser y cols. 1995, 1990, Bellack y cols. 1992;) entre los pacientes que tienen síntomas negativos más prominentes (Lysaker y cols. 1995, Appelo y cols. . 1992, Mueser y cols. 1991 Jackson y cols. 1989; ;) y entre aquellos con déficits cognitivos más severos (Penn et al, 1995, Bellack y cols. 1994; Mueser et al, 1991).

2.5 La percepción social.

Además de la habilidad necesaria para emitir respuestas sociales adecuadas, los individuos no pueden ser eficientes en las situaciones sociales si no tienen una percepción social adecuada. La percepción social se refiere a la habilidad para reconocer los parámetros sociales relevantes en una situación social en la cual el rango de conductas puede estar limitado, como por ejemplo la expresión facial, el tono de voz o el nivel de familiaridad con las personas. (Kerr y Neale , 1993). Una comunicación efectiva requiere de una percepción social precisa, de un buen funcionamiento cognitivo y de habilidades sociales adecuadas (MaFall, 1982; Morrison and Bellack, 1981; Wallace y cols. 1980, Trower, Bryant and Argyle, 1978;).

Los individuos que perciben correctamente las situaciones sociales prestan atención a sus interlocutores, analizan la situación y saben cuando, donde y como estructurar sus respuestas. La combinación de la atención, el análisis y el conocimiento componen lo que se conoce como percepción social. (La percepción social efectiva requiere de que la persona detecte rápidamente los cambios en la expresión facial, en el contenido verbal y los cambia en la entonación, así como los cambios sutiles en los cambios en la postura. Además, la interpretación precisa de todas estas señales requiere de que la persona integre las diversas piezas de información, se acuerde de ellas, las integre a su experiencia previa y abstraiga la esencia de la comunicación diferenciando los detalles importantes de los que no lo son. Los pacientes con esquizofrenia no son capaces de detectar y darse cuenta de todas estas señales relevantes que provienen de su interlocutor ya que todas estas capacidades están limitadas en la esquizofrenia.

Se ha visto que estos pacientes tienen un déficit específico en la habilidad para percibir emociones, especialmente las negativas, como son el enojo y la tristeza (Bellack, Blanchard y Mueser, 1996). Se cree que esta dificultad tiene como origen una deficiencia

neurológica similar a la afasia en el caso del lenguaje o a la agnosia, en el caso de las imágenes visuales (Bellack y Mueser, 1997)

Las habilidades sociales dependen del empleo efectivo de los elementos expuestos anteriormente, pero no son la suma de las conductas- mas bien, la habilidad para comunicarse e interactuar efectivamente es el resultado de una integración sutil de estas conductas a lo largo del tiempo, junto con otras habilidades concomitantes como son la higiene y el arreglo personal.

Las habilidades de percepción social.

Bellack y cols. (1997) hacen una descripción de las conductas sociales adecuadas también requieren de una percepción social efectiva. Las habilidades de percepción social que requieren los pacientes con esquizofrenia crónica son: escuchar, clarificación, relevancia, "timing", e identificar emociones.

Escuchar y poner atención es uno de los principales requisitos para una percepción social precisa. Muchas de las dificultades que tienen los pacientes con esquizofrenia se deben a que su atención es interna y solo en ocasiones se enfoca en el mundo externo; Por lo tanto la información que reciben del mundo externo es poco precisa e insuficiente, lo cual impide que emitan las respuestas sociales adecuadas. ()

Cuando se mantiene una conversación, la atención oscila entre lo que se está diciendo y otros estímulos. Una persona con habilidades sociales ocasionalmente se sentirá confusa o perdida en la conversación debido a que dejó de poner atención, pero puede identificar esta confusión y de alguna manera busca clarificar la situación, lo cual puede hacerse pidiendo que repitan una parte, o diciendo "perdón, no entendí" o "¿lo puede volver a repetir?" La incapacidad para darse cuenta de la confusión o para buscar la forma de clarificarla da como resultado una interrupción o ruptura en la comunicación y en la emisión de mensajes subsecuentes adecuados a la situación. Otra forma de evitar la ruptura en la comunicación es cuando uno se da cuenta de las miradas de confusión del interlocutor ante los mensajes confusos o fuera de contexto de quien está hablando. Si se tiene la capacidad de darse cuenta de las miradas o las señales de confusión del interlocutor, es posible darse cuenta de la confusión y buscar clarificación. Los pacientes con esquizofrenia tienden a padecer de ambas deficiencias, por una parte y debido a la falta de atención, pierden la secuencia de la conversación y no se dan cuenta o no son

capaces de pedir clarificación y por la otra, no son capaces de darse cuenta de las señales no verbales que indican confusión ante sus intervenciones carentes de sentido o fuera de contexto.

La **relevancia** se refiere a que la respuesta debe ser relevante dentro del contexto de la conversación en general, y al mensaje precedente. Con frecuencia los pacientes con esquizofrenia hacen intervenciones irrelevantes en las que se refieren a su familia o a sus problemas y que están fuera del contexto de la situación social. Para determinar la relevancia de la comunicación es necesario escuchar y analizar los mensajes de la conversación, lo cual se le dificulta es este tipo de pacientes

El **timing** se refiere a la emisión de las respuestas en puntos apropiados de la interacción así como a un nivel de latencia adecuado. La interacción social adecuada contiene "altos y sigas" en la conversación, así como intercambios verbales y silencios. El contenido de la conversación y las normas sociales son los determinantes del **timing**. Con frecuencia, las interacciones del paciente con esquizofrenia se caracterizan por interrupciones, largos períodos de silencio (latencia) a preguntas cerradas e incluso llegan a abandonar la interacción antes de que se dé por terminada formalmente.

El último componente de la percepción social es la **percepción de las emociones**. Las emociones se comunican a través de una sutil combinación de señales verbales y no verbales. El individuo que tiene habilidades sociales generalmente es capaz de "leer" las señales emocionales que envía su interlocutor y de esta manera sabe cual es su estado emocional y aunque esto es difícil, por lo menos se espera que pueda reconocer los cambios en la conducta de su interlocutor y de ser posible, que pueda discriminar entre los diferentes estados emocionales. También es necesario que la persona sea capaz de reconocer sus propios estados de ánimo, transmitirlos de manera mas o menos precisa y de ser posible reconocer su origen o causa. Si se tiene esta percepción personal la resolución de conflictos y de malestar es más fácil. (Bellack y cols. 1997).

2.6 Los componentes de las habilidades sociales.

La competencia social se basa en una serie de habilidades sociales. Éstas son de dos tipos: las habilidades expresivas y las habilidades receptivas.

Las **habilidades expresivas** se dividen en conductas verbales, conductas paralingüísticas y conductas no verbales. (Bellack y Mueser, 1998).

2.6.1 Las conductas verbales se refieren a lo que se dice, la forma, la estructura, el contenido e incluso el número de palabras que se emiten.

2.6.2 El contenido verbal se refiere a la elección de palabras y frases, independientemente de manera cómo se dicen. Es fácil comprender lo que dicen a las personas que tienen habilidades sociales adecuadas, ya que emplean un vocabulario apropiado y la estructura de las oraciones es correcta. Por lo contrario, a los pacientes es difícil entender a los pacientes con esquizofrenia ya que en ocasiones su lenguaje es confuso, lo cual hace difícil seguir una conversación con ellos. Además debido a que generalmente no trabajan y no van a la escuela, su tema de conversación puede ser muy limitado y cuando platican, el tema de conversación gira alrededor de sus preocupaciones físicas, de sus síntomas o de sus delirios.

2.6.3 Los elementos paralingüísticos: se refieren a las cualidades no verbales del lenguaje verbal de una persona, por ejemplo, el tono de voz, el volumen, la inflexión y la altura de la voz, la velocidad del habla. Como otras habilidades no verbales, éstas son vitales para comunicar el afecto y un sentido de estar involucrado en la interacción social. Cuando se habla demasiado rápido o cuando se habla demasiado suave o cuando el discurso es demasiado lento demasiado fuerte o monótono es difícil seguir la conversación. Las características de la voz y del lenguaje son factores importantes para interpretar el significado de lo que se está diciendo, así como para mantener el interés del escucha. Las pausas, el volumen y la entonación son especialmente importantes para comunicar el afecto. un tono aplanado, un ritmo muy lento y un volumen de la voz muy suave con frecuencia reflejan aburrimiento, depresión, o fatiga. Un volumen alto de la voz se asocia con enojo y un ritmo rápido y una entonación aguda pueden reflejar emoción o temor. Los cambios en estos aspectos de la voz del lenguaje son importantes para señalar el significado y los sentimientos. En el caso de los pacientes con esquizofrenia, sobre todo en aquellos que presentan mayor número de síntomas negativos, la voz tiende a ser muy monótona, hablan muy lentamente de manera que es incómodo seguir la conversación. También puede suceder que el tono sea muy agudo y el lenguaje esté presionado por lo que es muy difícil seguir el discurso. (Bellack y cols., 1997)

Las habilidades de conversación.

La habilidad para iniciar, mantener y terminar una conversación es una parte central de la interacción social. Las habilidades de conversación no son solo la habilidad para platicar en las fiestas, sino un modelo básico para la interacción en condiciones muy simples como comprar en una tienda, dar las gracias o simplemente ordenar en un restaurant. Las habilidades para iniciar y terminar una conversación son bastante simples, solo hay que saludar y despedirse. Las que se usan para mantenerla son más complejas ya que se requiere de la habilidad para preguntar las preguntas que faciliten una respuesta por parte del interlocutor, y un reforzamiento mutuo. Con frecuencia, las respuestas de los pacientes con esquizofrenia son bastante concretas y en ocasiones ellos mismos están poco interesados o motivados para iniciar y continuar una conversación, lo cual es otra deficiencia que presentan en las habilidades sociales.

2.6.4 Las habilidades no verbales, son conductas como el contacto visual, la expresión facial, el empleo de gestos, la orientación del cuerpo que son indispensables para la interacción social. La combinación de estas habilidades transmite información importante sobre el estado de ánimo de la persona y qué tanto está involucrado en la interacción con el otro. Este tipo de conductas también afecta la interacción interpersonal. Probablemente la expresión facial es la señal principal para saber cuál es el estado emocional del interlocutor: si sonríe, tienen ceño fruncido, si hace caras u otras expresiones que reflejan el estado de ánimo. Algunos cambios sutiles en los músculos alrededor de la boca en los ojos señalan aburrimiento, enojo, curiosidad, sorpresa, placer, y otras reacciones que indican reacciones emocionales a lo que la persona que habla está diciendo como diciendo. El contacto visual adecuado se asocia con fuerza, autoridad, enojo, y honestidad. La mirada evitativa se asocia con ansiedad, incomodidad y falta de honestidad. Los ojos bien abiertos y las pupilas dilatadas pueden señalar mayor interés o temor, mientras que los ojos entrecerrados y las pupilas contraídas pueden indicar suspicacia, enojo o aburrimiento.

2.6.5 El equilibrio interactivo se refiere a las habilidades necesarias para mantener un intercambio durante una conversación.

Los ojos juegan un papel muy importante en el curso de la conversación ya que generalmente se habla viendo directamente a los ojos del escucha y el escucha mueve su mirada alrededor de la cara de quién habla. Cuando éste está listo para ceder la palabra,

se interrumpe el contacto visual y el escucha trata de continuar con el contacto visual como una señal para continuar la conversación. Los pacientes con esquizofrenia tienden a tener una mirada evitativa, se sienten incómodos en situaciones sociales y son especialmente sensibles al contacto visual.

La postura también denota interés y autoridad. Una postura relajada es señal de comodidad mientras que la tensión muscular significa la excitación y tensión. En la misma manera, el moverse hacia adelante mientras uno escucha otra persona se asocia con interés y atención mientras que si uno se recarga hacia atrás puede reflejar temor o disgusto. No es raro que los pacientes con esquizofrenia se mantengan alejados y no sepan cuál es la distancia o la oposición óptima para mantener una interacción adecuada.

Las principales respuestas no verbales que contribuyen a una interacción eficiente, son:

El contacto visual. Éste debe ser intermitente, mirando en dirección al interlocutor. Tanto la mirada constante (sin interrupción) como la ausencia de contacto visual se consideran inapropiados en la interacción interpersonal (Bellack y cols. 1996)

Volumen de la voz. Éste debe ser adecuado al nivel de la conversación, no demasiado fuerte ni demasiado suave. ()

Tono de voz. Éste no debe ser monótono, debe contener inflexiones que comuniquen énfasis, afecto, etc.

La latencia de la respuesta. Generalmente el tiempo en el que una persona tarde en responder a la otra debe ser breve. Es posible utilizar frases como "déjame ver" para comunicar que se está preparando la respuesta. **La cantidad de palabras** debe ser apropiada a la conversación que se está llevando a cabo.

La fluidez del lenguaje debe mantenerse en la medida de lo posible; la falta de fluidez debe mantenerse al mínimo.

Los gestos y las señales físicas como asentir con la cabeza o los movimientos de las manos, el movimiento del cuerpo hacia delante son importantes, si no se exageran y no están fuera de contexto, ya que comunican interés y apertura a la conversación.

Las sonrisas, el ceño fruncido y otros gestos faciales deben ser congruentes con el contenido verbal de la conversación.

La distancia física debe mantenerse de acuerdo con las normas sociales de los interlocutores. La postura deber ser de preferencia relajada y no rígida (acartonada).

La presencia de estos elementos facilita la interacción. Aun no se sabe con claridad en que medida cada uno de ellos influye en la interacción pero si se sabe que la impresión general es importante ya que la "impresión de anormalidad" en cualquiera de los elementos no verbales puede tener efectos contraproducentes en la interacción social. (Bellack, y cols. 1996)

2. 7. El afecto, su expresión y la comunicación no verbal en la esquizofrenia.

La esquizofrenia se caracteriza por cambios en la experiencia y en la expresión del afecto, mismos que ya fueron descritos por Kraepelin como una de las características esenciales de la enfermedad. Bleuler también observó que "los síntomas afectivos básicos con frecuencia dominaban el panorama desde el principio, y que el paciente se vuelve apático e indiferente (1911).Según el DSM-IV (1994), las deficiencias en la expresión del afecto, el y aplanamiento afectivo son uno de los síntomas característicos de la enfermedad y son parte de los Criterios A para el diagnostico de la esquizofrenia.

Otros síntomas son la anhedonia la anhedonia y el afecto que el DSM-IV considera como características del tipo desorganizado de la esquizofrenia (APA, 1994), pero Andreasen (1982) los considera como características prominentes del síndrome negativo y Carpenter, Hendricks y Wagman (1988) como parte del síndrome de déficit.

El afecto y el funcionamiento social están estrechamente vinculados, uno es causa y producto del otro (Blanchard y Panzarella, 1998), ya que la expresión del afecto en su dimensión no verbal es el medio por el cual se inicia la interacción social efectiva. Los dominios de la experiencia afectiva.

La experiencia del afecto.

La idea de que los pacientes con esquizofrenia "sienten menos" ha sido investigada y se ha probado que es falsa. Se ha visto que aunque los pacientes con síntomas negativos pueden tener una experiencia emocional disminuida, aquellos que tienen síntomas positivos y afectivos "sienten más"(Limpert y Amador, 2001)

Buena parte de la investigación sobre la experiencia emocional de los pacientes con esquizofrenia se ha hecho con base en autorreportes de los pacientes, lo cual plantea algunos problemas metodológicos debido a las deficiencias cognitivas que padecen, ya

que muchos de ellos no pueden responder a los cuestionarios sin ayuda (Addington y cols. 1993; Gerbaldo, 1990) también se ha reportado que tienden a no responder en las calificaciones intermedias (Bopp, 1955) Estos los reportes indican que la experiencia emocional de los pacientes con esquizofrenia es más intensa de lo que parece pero no es posible darse cuenta debido a las deficiencias en la conducta de expresión del afecto. (King y cols.1993), estos autores afirman que los pacientes con esquizofrenia tienen las mismas experiencias afectivas internas que los sujetos control, pero la expresión de la misma es menor (King, y cols. 1993).

Algunos estudios informan que los pacientes con esquizofrenia fueron menos expresivos que los controles pero no diferían de ellos en sus autorreportes de las emociones (H. Berenbaum y Oltmanns, 1992; Kring y Neale, 1996) los hallazgos señalan la importancia de reconocer la discrepancia que existe entre la experiencia interna y los signos externos de la expresión de las emociones.

Los pacientes con esquizofrenia también experimentan otro tipo de emociones negativas como son la ansiedad, la depresión y la hostilidad. En cuanto a la ansiedad, Penn, Hope y Sapaulding, (1994) encontraron que los pacientes que reportaban mayor ansiedad tenían más síntomas positivos pero no negativos y sólo los registros conductuales de la ansiedad se asociaban con los síntomas negativos.

Con respecto a la depresión, Kirkpatrick, Buchanan y Breier (1994) encontraron que los pacientes con síndrome de déficit reportaban síntomas depresivos menos severos que los pacientes que no tenían síndrome de déficit, lo cual indica que es posible que aun la experiencia de emociones negativas está disminuida en los pacientes que tienen síntomas negativos primarios. La disminución de la experiencia de las emociones tanto positivas como negativas es clínicamente significativa, ya que las emociones juegan un papel esencial en la motivación. Así si la experiencia subjetiva de las emociones se ve disminuida, esto puede tener repercusiones en las conductas motivadas (que requieren de motivación) como son el funcionamiento social adecuado, tomar los medicamentos, buscar una carrera o vocación y en otros intereses.

Una de las características de la experiencia afectiva en la esquizofrenia es la disminución en la capacidad hedónica. La anhedonia representa un déficit en la habilidad para experimentar placer o emociones positivas, aunque también existen evidencias

preliminares de que la incapacidad experimentar emociones negativas en algunos pacientes de esquizofrenia (Berenbaum, Abrams, Rosenberg, 1987).

Ya Kraepelin (1919) describía a la anhedonia como una de las características emocionales de la enfermedad y decía "la indiferencia particular de estos pacientes hacia sus relaciones emocionales, la extinción del afecto hacia sus familiares y amigos, de la satisfacción en su trabajo y en su vocación, en la recreación y el placer, es con frecuencia el primer síntoma del inicio de la enfermedad. Los pacientes no tienen alegría por la vida, no tienen sentimientos humanos; para ellos, nada importa, todo es lo mismo, no sienten pena ni alegría, su corazón no es lo que ellos dicen....."

Rado (1962) describió a la anhedonia como una deficiencia central del trastorno y como parte del debilitamiento de las emociones positivas como son la alegría, el afecto, el amor; al mismo tiempo se le asociaba con el aumento de las emociones negativas como el enojo y el miedo.

Meehl (1962) conjeturó que la anhedonia era un signo casi patognomónico de la esquizofrenia y lo consideró como una deficiencia que aparecía en el ámbito de lo social-interpersonal.

Aunque la anhedonia no es un problema exclusivo de la esquizofrenia, ya que aparece en otros trastornos como la depresión, Blanchard, Kring, y Neale (1994) encontraron que los pacientes con esquizofrenia o trastornos esquizotípicos reportaban mayor anhedonia física y social que los pacientes con trastorno bipolar.

La presencia de la anhedonia puede tener consecuencias significativas en la evolución del trastorno. Se ha hipotetizado que puede que la anhedonia sea el resultado de una deficiencia de los sistemas de reforzamiento (gratificación) en el cerebro (Meehl, 1962, 1975; Ettenberg, 1989 en Limpert y Amador, 2001), y que es posible que esta deficiencia también sea la responsable de otros síntomas negativos como la apatía, la abulia, el retraimiento social y el aplanamiento afectivo.

La percepción del afecto:

Este se refiere a la habilidad para juzgar e interpretar la expresión de las emociones de las demás personas. La mayor parte de los estudios sobre las emociones en los pacientes con esquizofrenia se ha hecho en el área de la percepción del afecto. En general estos estudios refieren que las personas con esquizofrenia muestran una

incapacidad en la habilidad para identificar con precisión las expresiones faciales y emocionales de los otros, en comparación con sujetos control (Lewis y Garver, 1995, Borod y cols. 1989, 1990, 1993; Kerr y Neale, 1993; Gabel y Wölwer, 1992; Feinberg y cols., 1986; Cutting, 1981).

En general en estos estudios se pide a los sujetos que reconozcan la expresión facial de las personas en las fotografías, los resultados indican que los pacientes si tienen una deficiencia en el reconocimiento de las emociones como se observan en las expresiones faciales cuando se les compara con los sujetos normales. (Borod y cols. 1993; Cutting, 1981; Kerr y Neale, 1993). Otros estudios han empleado videograbaciones que representan escenas en las que los pacientes tienen que juzgar las emociones que los actores. En ellas los resultados son similares (Bellack y cols. 1992; Cramer y cols. 1989).

Algunos estudios brindan evidencia de que los pacientes de esquizofrenia tienen dificultad para reconocer el afecto o la emoción en la inflexión de la voz (Borod y cols. 1989; Haskins y cols. 1995; Novic, 1984; Kerr y Neale, 1993). Algunos autores plantean que para afirmar que las diferencias en la percepción del afecto de los pacientes y de los controles normales se debe a una disfunción característica de la esquizofrenia y no a un problema de índole cognitivo (atención) es necesario realizar estudios controlados ya que en los estudios en los que se ha tenido una tarea control, los pacientes han rendido de manera similar a los controles (Kerr y Neale, 1993; Murphy y Cutting, 1990).

En cuanto a la relación entre síntomas negativos y las deficiencias en la percepción de las emociones, se ha visto que existe una relación entre diversas medidas de síntomas negativos y deficiencias en la percepción facial de las emociones, de la percepción de la expresión emocional vocal, en la expresividad de la cara y en la expresividad de la voz (Troisi, 1998; Püschel y cols, 1998), pero la literatura no informa que existan relaciones significativas. Así aunque si se sabe que existe una asociación entre los síntomas negativos y las variables de percepción y expresión de las emociones, es necesario tener más datos para poder establecer claramente esta relación (Limpert y Amador, 2001)

La expresión del afecto

La expresión del afecto en los pacientes con esquizofrenia se ve afectada debido a que la expresión facial y en general la conducta no verbal está alteradas. El déficit en la conducta no verbal es una característica prominente de la esquizofrenia (Troisi y cols. 1998).

Algunos estudios reportan que los pacientes tienen una expresión facial reducida, mirada inadecuada y gestos y posturas inapropiadas (Berensbaum H. 1992; Gaebel, et al. 1992).

Estas deficiencias son en la expresión del afecto y representan una limitación para reconocer las señales de afecto. (Borod y cols. 1993). Estas anomalías se pueden observar en filmaciones de niños que posteriormente se vuelven esquizofrénicos. Las anomalías son en la expresión del afecto, (Walker y cols. 1993) limitan para reconocer las señales faciales de afecto.

La literatura sobre la expresión facial y vocal de la expresión de las emociones (del afecto) sugiere que la habilidad para expresar las emociones está alterada en los pacientes con este trastorno (Troisi y cols., 1998). Muchos estudios han mostrado que los pacientes con esquizofrenia tienen una menor expresividad de la cara cuando se les compara con sujetos controles cuando ven películas que contienen diversos estímulos afectivos. (H. Berensbaum y Oltmanns, 1992; Blanchard y cols. . 1994; Kring y cols., 1993; Schneider y cols. 1990) o en las entrevistas que evocan afecto, (Gaebel y Wölver 1992, Pitman y cols. 1987; Schneider y cols. . 1990), así como en tareas en las que a los sujetos se les pide explícitamente que imiten una emoción específica (Borod y cols. 1989; Braun y cols. 1991; Gaebel y Wölver, 1992).

Los estudios sobre la expresión vocal han mostrado resultados similares, en los que los pacientes con esquizofrenia muestran una disminución para interpretar el contenido afectivo de las frases (Borod, y cols. . 1989, Murphy y Cutting, 1990; Whittaker et al. 1994) el problema es que muchos de estos estudios carecen de controles adecuados. Al respecto Püschel, Stassen, Bomben Scharfetter y Hell (1998) emplearon métodos electrónicos para estudiar los componentes no verbales del habla de los esquizofrénicos y encontraron que estos pacientes presentan alteraciones en los aspectos como son la velocidad, el volumen y las variaciones en la entonación. Ellos afirman que

es posible reconocer a un sujeto normal de una persona con esquizofrenia. Asimismo encontraron una asociación entre las escalas del PANSS y las verbales acústicas, más con el habla que con las características del sonido de la misma. Una de las dificultades con esta investigación es que se realizó dentro de un contexto experimental y no social, por lo que los hallazgos deberán considerarse dentro de ese contexto. Las conductas no verbales que son parte de los síntomas negativos como son pocas sonrisas y poco contacto visual también son importantes para la comunicación (Ekman y Friesen, 1975; Fridlund, 1991) por lo que existen razones para sospechar que los pacientes con esquizofrenia que sonríen menos y que tienen menos contacto visual no le simpatizan tanto a la gente como los pacientes que sonríen con más frecuencia y que sostienen un mayor contacto visual. (Nisenson y Berenbaum, 1998). Otra dificultad de los pacientes con esquizofrenia son las conductas bizarras que pueden presentar, ya que son percibidas como raras o extrañas por las otras personas y pueden parecerles sujetos raros a los demás, y por lo mismo también pueden caer mal a las personas con las que interactúan, porque parecen raros.

Para fines de este estudio, probablemente la investigación de Troisi y cols. es la que más información aporta, tanto por la metodología que sigue como por los resultados. En este estudio, los autores hacen un análisis de la comunicación no verbal de los pacientes con esquizofrenia empleando un método de observación etológico, el cual considera el contexto en el que sucede la conducta, por otra parte, los pacientes con los que trabajan no están medicados, eliminando así el sesgo que implica que algunos medicamentos antipsicóticos afectan la expresión del afecto y la comunicación no verbal.

Estos autores afirman que el análisis de la conducta no verbal se basa en el registro de su aparición u ocurrencia en situaciones sociales y su rol en la comunicación social (Fridlund, 1994) y que las conductas no verbales sirven para regular la interacción social, ya permiten establecer y mantener un contacto social no hostil.

2.8 El entrenamiento de habilidades sociales

El modelo de entrenamiento de habilidades sociales de Bellack y Mueser (1998) plantea que:

- La competencia (o habilidad social) está basada en una serie de conductas para responder a las situaciones sociales
- Estas habilidades son aprendidas o pueden ser aprendidas.

- La disfunción social surge cuando:
- Las conductas no existen en el repertorio de las personas
- Cuando las conductas no se usan en el momento adecuado
- Cuando la persona presenta conductas que son socialmente inadecuadas
- La disfunción social puede ser corregida con un entrenamiento.

Existe un sinnúmero de programas para entrenar las habilidades sociales, estos tienen enfoques teóricos variados, y unos han mostrado ser más efectivos que otros, aunque la definición de las habilidades sociales y de que se va a entrenar varía mucho de uno a otro autor tanto por el tipo de objetivos como de técnicas y de pacientes en los que se han aplicado. (Bellack y Mueser, 1993, Kopelowicz, Corrigan, Schade y Liberman, 1998), además de que las áreas de incidencia y la efectividad de estos programas también varía mucho entre uno y otro.

Estas habilidades sociales tienen su equivalente en la interacción musical, por lo que con musicoterapia se entrenan a través de técnicas de improvisación musical, lo cual se describe a continuación.

El modelo de funcionamiento social plantea que la falta de habilidades sociales tiene como consecuencia la deficiencia en las habilidades de interacción, de relaciones interpersonales, en la socialización y en el funcionamiento social en todos los ámbitos, se basa en un modelo de las habilidades sociales, misma que va a dar lugar a programas de rehabilitación psicosocial para la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia.

Este modelo planteado por Mueser y Bellack (1998) dice que:

- La competencia (o habilidad social está basada en una serie de conductas para responder a las situaciones sociales
- Estas habilidades son aprendidas o pueden ser aprendidas
- La disfunción social surge cuando:
- Las conductas no existen en el repertorio de las personas
- Cuando las conductas no se usan en el momento adecuado
- Cuando la persona presenta conductas que son socialmente inadecuadas
- La disfunción social puede ser corregida con un entrenamiento.

CONCLUSIONES:

La literatura sobre habilidades sociales y sus deficiencias en los pacientes con esquizofrenia, plantea que

- En general, las habilidades sociales se adquieren durante el desarrollo, y que debido a la edad de inicio de la esquizofrenia, algunos pacientes no adquieren estas habilidades y otros las pierden debido al aislamiento que caracteriza a la enfermedad, por lo que los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades para emplear las habilidades sociales.
- Éstas habilidades están compuestas por elementos verbales y no verbales
- Que éste tipo de habilidades es esencial para una interacción social eficiente y adecuada.
- Las habilidades no verbales tienen un componente que se refiere a la expresión del afecto, y que se trasmite principalmente a través de las conductas no verbales como son el ver al interlocutor a los ojos, la sonrisa, los gestos, la postura del cuerpo e incluso la entonación y el volumen de la voz. Estas conductas no verbales invitan a la interacción o bien provocan que las personas se alejen si perciben una actitud de distancia o incluso agresiva.
- Los pacientes con esquizofrenia presentan deficiencias en la conducta social, específicamente en la expresión del afecto que influye en las habilidades de comunicación no verbal, estas dificultades pueden ser leves o severas y mientras más afectada se ve la conducta no verbal, mayores dificultades tienen los pacientes para interactuar con las otras personas
- Éstas dificultades son consideradas por algunos autores como parte esencial de la enfermedad, aunque en ocasiones son un efecto secundario de los medicamentos.
- Las habilidades no verbales son tan importantes para la interacción social como las verbales.

La relevancia del estudio de las habilidades sociales en la esquizofrenia se debe a que la musicoterapia permite la puesta en práctica y el entrenamiento de las habilidades sociales, tanto verbales como de tipo no verbal.

Capítulo 3

LOS TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES DE LA ESQUIZOFRENIA

3.1 Introducción

La base del tratamiento de la esquizofrenia es el farmacológico (Huxley, Rendall y Sederer, 2000; Tarrier, 2000).. Los medicamentos antipsicóticos han mostrado ser un tratamiento efectivo para la fase aguda de la enfermedad y para prevenir recaídas (Mojtabi Nicholson, y Carpenter, 1998), pero también se sabe el tratamiento óptimo es la combinación de los tratamientos farmacológicos con las intervenciones psicosociales (Carpenter y Keith, 1986, Schwartz y cols. 1993, Falloon, Coverdale, y Broker, 1996 Meltzer, 1999; Penn y Mueser, 1996, Mujtabi, y cols. 1998). Aunque los nuevos medicamentos antipsicóticos tienen menos efectos neuromotores, -salvo por la clozapina, - no han mostrado tener un efecto adicional en el resultado de los tratamientos como el funcionamiento o ajuste social y para obtener un empleo (Penn y Mueser, 1996. La mayoría de las personas con esquizofrenia tienen síntomas residuales a pesar del medicamento y muy probablemente presentarán recaídas a pesar de su adherencia al tratamiento (Bustillo, Lauriello, Horan y Keith, 2001), por lo que se hace necesario integrar los tratamientos psicosociales que han sido validados a su empleo como tratamiento estándar.

Los efectos benéficos de la combinación del tratamiento psicosocial con los medicamentos han sido sustentados por los resultados de varios estudios controlados (Huxley Rendall y Sederer, 2000) y por la experiencia clínica (Sarti y Cournos, 1990.

Existen diversos tipos de terapias psicosociales, los cuales plantean diferentes metas, generalmente modestas (Mojtabi y cols. 1998). En términos de variables dependientes, los objetivos de dichas intervenciones han incluido: mejorar los síntomas (Dobson, MacDougall, Busheikin, y Aldous, 1995) reducir el número de recaídas (Wallace & Boone, 1983; Bellack y cols., 1984; Hogarty, Anderson, Reiss, Kornblith, Greenwald, Javna, y Madonia, 1986; Marder, Wirshing, Mintz, McKenzie, Johnston, Eckman, Lebell, Zimmerman y Liberman, 1996) mejorar las habilidades sociales (Bellack, Turner, Hersen y Luber, 1984; Lukoff, Wallace, Liberman y Burke, 1986; Dobson y cols. 1995), mejorar el funcionamiento cognitivo (Medalia, Aluma, Tyron y

Merriam, 1998; Wykes y cols, 1999; Medalia, Revheim y Casey, 2000;), mejorar el funcionamiento social (Marder y cols., 1996); Schooler, 1989; Hayes y cols, 1995), mejorar la adherencia terapéutica (Lukoff, y cols., 1986, Hayes y cols, 1995;) y la calidad de vida (Lieberman y cols, 1998). En general estos tratamientos han tenido resultados positivos aunque limitados en los objetivos que se plantean.

En un estudio de meta-análisis, Mojtabi y cols. (1998) concluyen que de los 103 estudios que revisaron, que los pacientes que recibieron tratamientos psicosociales además del tratamientos somáticos solo tuvieron un 20% menos de recaídas. También concluyeron los autores que las terapias psicosociales no sólo aumentan los efectos de los medicamentos, sino que también muestran efectos positivos en áreas en las cuales los medicamentos empleados solos son menos efectivos, como son en los síntomas negativos. Además, este tipo de tratamientos pueden ser más efectivos en pacientes en etapas crónicas. Estos mismos autores encontraron que la cronicidad de la enfermedad es la única variable que predice el resultado del tratamiento. Otros hallazgos interesantes fueron que el lugar donde se llevaron a cabo los estudios tienen un efecto en los resultados, de manera que los estudios que se realizaron en países no occidentales mostraron un mayor efecto del tamaño que los que se hicieron en estados Unidos, Canadá y en los Países Escandinavos, y que en los Estados Unidos y en Escandinavia son mucho más estrictos y que presentan un "efecto de techo" ya que si aumentan una nueva intervención ésta tiene un efecto muy pequeño en los resultados. También encontraron que la experiencia que tiene el terapeuta no tiene efecto en los resultados ni tampoco la modalidad terapéutica. Las terapias que más efecto tuvieron fueron las relacionadas con la emoción expresada, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de orientación teórica y modalidades terapéuticas. Por último afirman que los determinantes más importantes de los resultados son las características de los pacientes y los elementos comunes de la terapia, más que la modalidad o la orientación.

En cuanto a las medidas que se emplearon, los efectos más grandes se observaron en las medidas de trastornos del pensamiento, de síntomas negativos y de adherencia terapéutica. Otro hallazgo interesante según este estudio es que la conducta desorganizada no responde a los tratamientos psicosociales.

Este estudio también muestra que la combinación de tratamientos mantuvo sus ventajas sobre los tratamientos farmacológicos (solos) durante un periodo de 12 meses.

3.2 Tipos de tratamientos psicosociales

3.2.1 Manejo de casos (*case management*)

Este es probablemente el modelo más antiguo del manejo de los pacientes con esquizofrenia en la comunidad. Con frecuencia estos pacientes no están preparados para funcionar en la sociedad o para solicitar los servicios que necesitan, ya que debido a su funcionamiento cognitivo y social no siempre saben que es lo que necesitan o a quien pedirlo, lo cual aumenta su riesgo de recaída. Las personas que manejan los casos generalmente son trabajadores sociales, quienes se dedican a buscar estos servicios para los pacientes. (Bustillo y cols. 2001).

Un enfoque distinto al manejo de casos es lo que se llama tratamiento comunitario asertivo (*assertive community treatment*, Stein y Test, 1980). En este modelo, se asigna a los pacientes a un equipo multidisciplinario (enfermera, trabajadores sociales, etc.) este equipo tiene una carga de trabajo fija con una proporción alta de pacientes por profesionales y está en servicio las 24 hrs. los 7 días de la semana, (Mueser, Bond, Drake y Resnick, 1998). Su objetivo principal es prevenir la rehospitalización de los pacientes, ofreciéndoles un paquete de servicios integrados.

Los resultados muestran que los efectos más consistentes de esta intervención son la reducción del tiempo de hospitalización (14 de 24 estudios muestran una disminución en el tiempo, 9 mostraron que no hay diferencias); la mejoría en la estabilidad en cuanto al lugar donde viven (9 de 13 estudios) (Mueser, y cols., 1998; Holloway y Carson, 1998; Issadikis y cols. 1999) esto efectos son más robustos entre pacientes que usan muchos servicios. Dos de los estudios más recientes no encontraron efectos sobre la rehospitalización (Holloway y cols. 1998; Issadikis y cols. 1999), Dos de los estudios que han empleado esta modalidad de tratamiento, solo pocos han encontrado mejoría en el funcionamiento social (3 de 16) o en la obtención de empleo (3 de 9), y éste era en ambientes protegidos (Mueser, y cols., 1998; Holloway y Carson, 1998; Teague, Bond y Drake, 1998; Rosenheck y Neale 1998; Issadikis y cols. 1999;). Es probable que los resultados positivos que se reportan de esta intervención se deban a que el

énfasis se pone en ayudar a los pacientes a satisfacer sus necesidades inmediatas y no en enseñarles habilidades sociales o laborales a más largo plazo

La eficacia de este tipo de tratamiento aun está en estudio y aun se desconoce cuales son sus elementos esenciales. Se sabe que mientras más se parece al modelo original, menor es el índice de rehospitalización. Aun no se sabe cuales son los elementos esenciales de este tratamiento y es posible que el índice de hospitalizaciones se reduzca debido a que hay una mejor adherencia al tratamiento, a que existe un cuidado especializado durante las 24 hrs. a que es un tratamiento intensivo o a una combinación de factores. (Teague y Bond, 1998). A pesar de lo costoso que es este tratamiento, su costo es menor a la hospitalización, lo cual puede parecer atractivo a los responsables de los servicios de salud. Cabe mencionar que en nuestro país no se reporta el empleo de este tipo de intervención psicosocial.

3.2.2 Entrenamiento de habilidades sociales. (*social skills training*)

Las habilidades sociales son las respuestas específicas que implican la capacidad necesaria para un desempeño social efectivo (Bellack y Mueser, 1993). Las habilidades sociales permiten al individuo lograr metas de tipo instrumental (p. e. comprar lo que necesita en la tienda) afiliativas (relacionarse con los demás o hacer amigos), dentro de un contexto interpersonal (Lieberman, 1989). El entrenamiento de habilidades sociales emplea los principios de la teoría del aprendizaje para mejorar el funcionamiento social. Esto se logra evaluando y entrenando a los pacientes para remediar los problemas que tienen en las actividades de la vida diaria, en el trabajo, en el empleo de su tiempo libre y en sus relaciones interpersonales. Se espera que el aprendizaje de las habilidades específicas se generalice o se transfiera a un mejor funcionamiento en la comunidad y como consecuencia, un menor índice de recaídas y menos psicopatología (Bustillo, Lauriello, Horan y Keith, 2001)

En los últimos años ha surgido un nuevo interés en este tipo de tratamientos sobre todo porque el principal problema que se ha encontrado es que las conductas que se enseñan a los pacientes que se someten a este tipo de tratamiento no se generalizan a la vida diaria (fuera del ámbito terapéutico) (Shepherd, 1978; Pilling y cols., 2002).

Otra dificultad que se ha encontrado es la de cómo evaluar la efectividad de este tipo de intervención ya que los objetivos terapéuticos y la definición de éxito terapéutico varían mucho, dependiendo de los objetivos de los programas y las investigaciones.

Los estudios indican que las intervenciones para desarrollar las habilidades sociales son más efectivas que los tratamientos control para reducir los síntomas y para mejorar la adaptación social, aunque no para reducir los índices de recaídas (Mueser y Penn, 1996. y Dobson y cols, 1995) encontraron evidencias de que el entrenamiento de habilidades sociales es más efectivo que la terapia milieu para reducir los síntomas negativos en un lapso de seis meses, y que las habilidades sociales de los pacientes cuyo padecimiento se inició a una edad más temprana, en las mejoran más en este aspecto que los que se enfermaron más tardíamente.

De acuerdo con Bellack y Mueser (1993) existen 3 formas de entrenamiento de habilidades sociales: el modelo básico, el modelo de resolución de problemas sociales y el modelo de rehabilitación (*remediation*) cognitiva.

En el **modelo básico**, los repertorios sociales complejos se desglosan en pasos más pequeños y simples, que están sujetos al aprendizaje; éstos se corrigen, se practican a través de técnicas de rol playing y se aplican en ambientes naturales. Uno de los defectos de las investigaciones de este modelo es que el resultado mide las habilidades aprendidas en el ambiente terapéutico pero parece que hay poca generalización y mejora en la competencia o eficacia social en la comunidad (Dilk y Bond, 1996).

El **modelo de resolución de problemas sociales** se enfoca a mejorar las deficiencias en el procesamiento de la información que se supone son la causa de las deficiencias en las habilidades sociales. Este modelo se concentra en áreas que requieren cambios como son el manejo de medicamentos y de síntomas, el empleo del tiempo libre, habilidades de conversación básicas y el autocuidado, entre otros. (Bustillo y cols., 2001)

En el modelo de **remediación cognitiva** el proceso correctivo se enfoca a procesos de aprendizaje fundamentales que son la base de las deficiencias cognitivas por ejemplo la atención o las habilidades de planeación. La premisa en la que se basa este tipo de intervención es que los déficits cognitivos pueden mejorarse y que este aprendizaje puede transferirse para apoyar procesos cognitivos más complejos y por lo

tanto los modelos de habilidades sociales tradicionales pueden aprenderse mejor y generalizarse al funcionamiento en la comunidad.

Marder (1996) comparó un grupo de pacientes que estuvieron en terapia para la resolución de problemas con un grupo de pacientes en terapia de apoyo grupal, el tratamiento duró 2 años. Ambos grupos recibieron dos sesiones grupales por semana de 90 minutos cada una durante los primeros 6 meses y posteriormente una sesión a la semana. Los resultados mostraron una diferencia pequeña pero significativa en favor del grupo de entrenamiento de resolución de problemas en 2 de las 6 medidas de adaptación o ajuste social después de 2 años, lo cual indica una mejoría muy modesta.

Lieberman y cols. (1998) compararon un grupo de entrenamiento de resolución de problemas y un grupo de terapia ocupacional. Los sujetos recibieron 3 horas diarias, 4 veces por semana de terapia durante 6 meses. Se hizo un seguimiento a 2 años. El grupo experimental (de resolución de problemas) mostró una mejoría significativa en 3 de las 10 medidas de habilidades para la vida independiente (más posesiones personales, mayor habilidad para preparar la comida y mejor manejo del dinero. Estas habilidades se mantuvieron durante 18 meses después de la intervención. Los autores plantean que la mejoría en estas áreas se debió a que a todos los sujetos se les asignó una persona responsable de su caso (*case manager*) quien les enseñó y animó a emplear en la comunidad las habilidades aprendidas.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, no se observó que el EHS arrojara ningún beneficio. Éste indicador se midió con la escala de funcionamiento general y con el Nurses Global Impresión Scale (Hayes y cols, 1995; Lukoff y cols, 1986)

En lo que se refiere al funcionamiento social, la forma como se mide éste varía mucho entre los diferentes estudios y de ahí la dificultad para evaluar la efectividad del tratamiento. Hayes y cols. (1995) evaluaron el cambio empleando una situación simulada de interacción (Curran, 1982) así como una evaluación de una conversación con un extraño (Wallace, Liberman y cols, 1985). Encontraron que no había diferencias significativas en estas dos tareas entre los grupos de EHS y otros grupos que habían sido sometidos a terapia de grupo en la modalidad de discusión en grupo.

Marder (1996) encontró que si había una mejoría en el ajuste social entre los grupos de EHS y los grupos de psicoterapia de apoyo en grupo. Él empleó la Escala de Ajuste Social de Schooler y cols. (1979).

En cuanto a la calidad de vida Liberman y cols. (1998) no encontraron mejoría significativa en la escala de Calidad de Vida de Lehman entre los grupo de EHS y los de terapia ocupacional.

En cuanto al efecto del EHS en mejoría de la psicopatología y el empleo, no se han encontrado resultados consistentes (Lauriello y cols. 2001).

El modelo básico ha mostrado ser el más efectivo para mejorar habilidades sociales específicas Penn y Mueser (1996) afirman que este aprendizaje se mantiene hasta 12 meses.

El estudio más amplio sobre el modelo de entrenamiento de habilidades sociales (Hogarty Anderson, Reiss, Kornblith, Greenwald, Javna, y Madonia 1991) no mostró un impacto significativo en el ajuste social de los pacientes en la comunidad después de 2 años de tratamiento, a pesar de que los pacientes recibieron un tratamiento intensivo (1 hora a la semana durante 2 años mas medicamento comparado con tratamiento farmacológico solo). La falta de generalización que han mostrado este y otros estudios plantea una limitación importante para este tipo de intervención y posiblemente es la crítica más importante que se le puede hacer.

El modelo de resolución de problemas ha mostrado tener un efecto de mejoría en las habilidades de resolución de problemas (Wallace y Liberman, 1985; Brown y Munford, 1983; Eckman y cols. 1992).

3.2.3 La rehabilitación cognitiva. Este tipo de tratamiento parte de la base de que si se tratan específicamente cada uno de los déficit cognitivos, y se puede mejorar el funcionamiento en cada una de las áreas específicas. Las áreas que se tratan entre otras son la atención, la memoria y las funciones de ejecución. () Bellack (1995) plantea que la concentración de esfuerzos en la remediación de los déficit cognitivos específicos de la esquizofrenia ofrece pocas probabilidades de ser benéfico y propone que los esfuerzos deben ser dirigidos a intervenciones psicológicas y medioambientales más amplias.

El modelo de tratamiento remediación cognitiva ha mostrado tener algún efecto en la mejoría de procesos cognitivos elementales (Brenner y cols. 1992) los estudios que han

evaluado habilidades más complejas no arrojan resultados definitivos. Hodel y Brenner (1994) plantearon que si los pacientes eran sometidos a un tratamiento de remediación cognitiva (N=10) antes que a un programa de entrenamiento de habilidades sociales, tendrían una mejor adaptación social, que un grupo que estuviera expuesto al mismo tratamiento pero en orden inverso(N=11). Al final no hubo diferencias entre los dos grupos de tratamiento por lo que no se probó la supuesta ventaja de tener remediación cognitiva antes que entrenamiento de habilidades sociales (EHS)

Wykes y cols. (1999), trabajaron con en 17 pacientes tratados con remediación cognitiva intensiva (una sesión de una hora diaria durante 3 meses) cuyo objetivo era mejorar algunas habilidades de ejecución. Este grupo se comparó con uno que recibía terapia ocupacional (n=16). Al final del tratamiento encontraron que los sujetos del tratamiento de habilidades cognitivas mostraban una mejoría en 3 de las 12 medidas cognitivas. La remediación cognitiva no tuvo ningún efecto en la mejoría del funcionamiento social o de los síntomas.

La combinación de tratamientos presenta un panorama más alentador. En un estudio con una muestra más amplia (N=90) Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson, y Weiler, (1999) compararon un tratamiento de remediación cognitiva más algunos módulos de entrenamiento de habilidades sociales con terapia de apoyo mas los mismos módulos de EHS. Los pacientes estaban "muy enfermos" (probablemente muy crónicos) y fueron referidos debido a su incapacidad para vivir en la comunidad. Las intervenciones fueron de 3 horas a la semana durante 6 meses. El grupo de remediación cognitiva mostró diferencias en 2 de las 4 medidas de eficacia o competencia social y mostraron una mejor adquisición de habilidades sociales en 2 de los 4 módulos del tratamiento de EHS. Este estudio sugiere que la remediación cognitiva puede mejorar o potenciar la respuesta a tratamientos estándar (o más probados o convencionales) en pacientes crónicos e institucionalizados.

En cuanto a otros efectos de este tipo de tratamiento, el estudio de Hogarty y cols. (1991) es el único que reporta un efecto en la prevención de recaídas -46% del grupo de EHS vs. 30% para el grupo control después de un año de tratamiento-, pero el efecto preventivo se perdió en el segundo año, cuando el programa se redujo de una semana a

cada 2 semanas, lo cual plantea la duda de si el efecto del tratamiento se debía al contacto que el paciente tenía en el programa o si se debía al programa en sí.

Huxley y cols. (2000) concluyen que el tratamiento de entrenamiento de habilidades sociales tiene un efecto limitado para mejorar las habilidades sociales, pero que esto no se reflejó en una mejoría del funcionamiento social. La sintomatología no mejoró más con el entrenamiento de habilidades sociales que con los tratamientos convencionales o con grupos terapéuticos de discusión. Asimismo, tampoco protegían en contra de las recaídas o de las rehospitalizaciones. El autor critica los tamaños de la muestra, la heterogeneidad de los instrumentos empleados y la duración tan variada de los tratamientos.

En cuanto a la efectividad del entrenamiento de habilidades sociales y de remediación cognitiva. Pilling y cols. (2002) concluyen como resultado de su estudio de meta-análisis que no existe evidencia clara de los beneficios de este tipo de intervenciones para los pacientes con esquizofrenia y que no pueden ser recomendados para la práctica clínica. Es claro que esta conclusión no coincide con todos los estudios y que es necesario contextualizar estas conclusiones

3.2.4 La Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Desde la década de los 80's ha habido un creciente interés en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales a persona con esquizofrenia, especialmente para aquellos que continúan teniendo síntomas positivos a pesar de que toman la dosis óptima de antipsicóticos. El objetivo principal en estos casos es reducir la intensidad de los delirios y de las alucinaciones y por lo tanto el malestar que éstos provocan a los pacientes. Asimismo se busca promover una participación más activa por parte del paciente para reducir el riesgo de recaídas y mejorar los niveles de disfuncionalidad social. Las intervenciones se basan en la exploración racional de la naturaleza subjetiva de los síntomas psicóticos, desafiando la evidencia de los mismos a través de probar en la realidad estas creencias y experiencias.

En un estudio de revisión de tratamientos, para pacientes con esquizofrenia, Lauriello y cols (2001) encontraron 5 estudios controlados con pacientes psicóticos en los que se compara la TCC para el manejo de síntomas psicóticos con tratamientos estándar, con pacientes psicóticos. De estos estudios, 4 muestran una disminución en los delirios y

las alucinaciones (el principal objetivo) y uno reporta una disminución en el índice de hospitalizaciones.

Tres estudios investigaron los efectos de las TCC en los síntomas psicóticos resistentes en pacientes con esquizofrenia, éstos incluyeron un año de seguimiento. El estudio de Kuipers, Garety, Fowler, Dunn, Bebbington, Freeman, y Hadley, (1997) encontraron que los pacientes que recibieron TCC mostraron una reducción significativa en los síntomas en general comparados con un grupo que recibía tratamiento estándar, pero no encontraron una reducción específica en los síntomas psicóticos.

Tarrier, Yusupoff, Kinney, McCarthy, Gledhill, Haddock, Morris, (1998) encontraron una reducción de los delirios y de las alucinaciones al emplear TCC en comparación con tratamiento de apoyo (*counseling*) y tratamiento estándar. Los efectos fueron clínicamente significativos: 11 de los 33 pacientes tratados con TCC mostraron una reducción en los delirios y las alucinaciones de por lo menos 50% -comparados con 4 de 26 sujetos que recibieron otros tratamientos. Los efectos de la TCC se mantuvieron durante 12 meses.

En un estudio llevado a cabo con metodología muy rigurosa Sensky, Turkington, Kingdon, Scott, Siddle, O'Carroll, y Barnes . (2000) encontraron que tanto los pacientes tratados con TCC como los que recibieron una intervención (*befriending*) social mas tratamiento estándar mostraron una reducción de los síntomas psicóticos después de 9 meses de tratamiento. Al final del mismo el grupo de TCC no mostró ventajas sobre el otro, pero después de 9 meses de seguimiento el grupo de TCC mantenía aun la mejoría, pero no así el otro grupo.

Lauriello y cols. (2001) indican que estos estudios sugieren que el beneficio de la terapia cognitivo conductual no es atribuible simplemente a los beneficios no específicos de una intervención psicológica, sino a la técnica en sí.

Bauchkremer, Klinberg, Holle, Schulze, Monking, Hornung, (1997) compararon 4 programas de atención, dos de los cuales incluía TCC. Las intervenciones tuvieron una duración de 8 meses y se hizo un seguimiento al cabo de uno y de 2 años. No se encontró una reducción en las hospitalizaciones que se habían predicho pero el grupo de tratamiento que recibió una intervención intensiva(TCC, y psicoterapia familiar

psicoeducativa) mostró una tendencia a un menor índice de rehospitalizaciones. Además la TCC no mostró una reducción en los síntomas psicóticos.

La literatura señala que la terapia cognitivo conductual no ayudó a mejorar el funcionamiento social (Kuipers y cols. 1997 y Kuipers, Fowler, Garety, Chisholm, Freeman, Dunn, Bebbington, Hadley, 1998) o el índice de recaídas (Tarrier y cols. 1998). En general este tipo de intervención no incide sobre los síntomas negativos (Tarrier y cols. 1998, Drury, Birchwood, Cochran y McMillan 1996; Buchkremer Klinberg, Holle, Schulze, Monking, y Hornung, 1997) aunque el estudio de Sensky y cols. (2000) indica que si mejoraron los síntomas negativos y depresivos y que esta mejora se mantuvo después de 9 meses del tratamiento.

3.2.5 La psicoterapia individual.

Hasta los años 60's la terapia de orientación psicoanalítica era considerada como el tratamiento óptimo para los pacientes con esquizofrenia. Después de los hallazgos negativos de May y cols. (1981) y de Gunderson y cols. (1984) la terapia de corte psicoanalítico para pacientes con esquizofrenia prácticamente ha desaparecido como un tratamiento aceptado.

Recientemente surgió un tipo de terapia individual intensiva para este tipo de pacientes, la terapia personal individual (Hogarty y cols. 1991, 1986). Este autor hizo una comparación de terapia personal individual, terapia familiar, tratamiento combinado y terapia de apoyo. La terapia personal individual se llevaba a cabo semanalmente en sesiones de 30 a 45 minutos. En la fase inicial se trabajaba sobre la relación entre el estrés y los síntomas, en la segunda fase se enseñaba a utilizar técnicas de relajación y reestructuración cognitiva para manejar el estrés y en la fase avanzada (después de 18 meses de tratamiento) se enfocaba en la búsqueda de relaciones sociales y de trabajo en la comunidad aplicando lo que se había enseñado en la terapia. Este tipo de intervención no mostró resultados positivos en la prevención de recaídas pero estos pacientes mostraron un incremento importante en el ajuste social -medido por una serie de instrumentos y criterios- en donde la mayor mejora se observó al cabo de 2 años. Una de las limitaciones de este estudio es que el 40% de los pacientes no pasó a la tercera fase del tratamiento y que las evaluaciones no fueron realizadas por personas ajenas al tratamiento.

Lauriello y cols. (2001) hacen una serie de recomendaciones para el manejo de los pacientes con esquizofrenia de acuerdo con sus características y la utilidad que los diversos tratamientos han mostrado, éstas son:

- Para los pacientes que presentan recaídas frecuentes y que viven con su familia, terapia familiar psicoeducativa sin enfoque simple pero sostenido a largo plazo (por ejemplo sesiones mensuales en terapia unifamiliar o multifamiliar).
- Para los pacientes que utilizan muchos servicios un tratamiento comunitario asertivo puede ser útil, especialmente si no se cuenta con el apoyo de la familia. Este tipo de intervención puede ayudar al paciente a estabilizar su funcionamiento en la comunidad.
- Una vez que se ha logrado un funcionamiento estable, y que se han controlado los síntomas psicóticos, es necesario realizar un esfuerzo hacia la rehabilitación, ya que no hay evidencia que los medicamentos por sí solos van a mejorar el funcionamiento social. En este caso se pueden aplicar o emplear alguna(s) de las varias estrategias de entrenamiento de habilidades sociales que existen. De estos enfoques probablemente el que ha resultado más eficaz es el modelo de entrenamiento para la resolución de problemas.
- Los pacientes que desean trabajar deben ser referidos a un programa que se encarga de esta área específicamente. Ningún otro tratamiento psicosocial o farmacológico ha mostrado ser efectivo para que los pacientes encuentren trabajo y permanezcan en él (Lauriello y cols., 2001) , aunque algunos solo podrán trabajar dentro de un ambiente protegido.
- Si el paciente padece de alucinaciones y delirios a pesar del que tiene el óptimo tratamiento farmacológico, la terapia cognitivo conductual parece ser una buena alternativa para el manejo de estos síntomas.

CONCLUSIONES

Después de haber hecho una amplia revisión de la literatura sobre tratamientos psicosociales para pacientes esquizofrénicos se puede concluir que:

1. todos los tratamientos psicosociales resultan en una mejoría, aunque ésta parece ser muy limitada y muy modesta para todos.
2. se sabe que el tratamiento óptimo es tratamiento farmacológico combinado con un tratamiento psicosocial, aunque la discusión más importante es qué tratamiento psicosocial es más eficaz con qué tipo de pacientes para lograr qué objetivos.
3. Existe una gran variedad de tratamientos psicosociales, la revisión de la literatura denota gran heterogeneidad tanto en los objetivos de cambio o mejoría, como en la forma de aplicación de los tratamientos y los efectos que se esperan en los pacientes.
4. Los estudios reportan que el efecto de los tratamientos psicosociales se desgasta y que es necesario reforzarlo o reforzarlo periódicamente para conservar el funcionamiento de los pacientes.
5. Una limitación para evaluar los cambios es que los objetivos de cambio, así como la conceptualización del mismo y la forma de medirlos son muy variados, lo cual impide por una parte evaluar el cambio en sí y por otra parte impide comparar los diferentes estudios y sacar conclusiones sobre la efectividad y beneficios de las diferentes modalidades terapéuticas.
6. Asimismo los métodos de intervención son muy variados lo cual limita las posibilidades de analizar cuales son los elementos de cada intervención así como el efecto que éstos tienen en el objetivo terapéutico y de cambio o mejoría. La variedad de los tratamientos que reportan algún éxito, los más importantes se describieron anteriormente
7. Esta revisión plantea la duda de si lo que produce la mejoría o el cambio en los pacientes con esquizofrenia es el tratamiento en si o si es los elementos comunes a la terapia, p.e. el ambiente de aceptación, la relación con el terapeuta, la actividad, etc. los que causan la mejoría.

Cabe mencionar que esta revisión es pertinente para el trabajo con musicoterapia ya que una parte de ésta se planteó como un tratamiento psicosocial con elementos de entrenamiento de habilidades sociales.

Capítulo 4

LA MUSICOTERAPIA

4.1 Introducción

La música es una experiencia esencialmente humana, producto de la expresión del hombre; si bien se basa o inspira en fenómenos de la naturaleza, la música es esencialmente el lenguaje para la expresión de las emociones. La música satisface una serie de necesidades humanas y juega un papel importante en la vida de los individuos, de los grupos, de las instituciones, de las sociedades y de la cultura en general (Bruscia, 1995). La expresión musical existe en todas las culturas, aunque su función no es esencial para la supervivencia (Huron, 1999). Este autor propone que la música tiene un origen evolutivo y para lo cual se pueden identificar 8 propósitos de la misma: Para la selección de pareja, para la cohesión social, para los esfuerzos del grupo (como para mover un objeto pesado); para el desarrollo perceptual, para el desarrollo de las habilidades motoras, para la reducción del conflicto, como un pasatiempo "seguro", como una forma de comunicación transgeneracional.

Merriam (1964) afirma que "probablemente no existe ninguna otra actividad cultural humana que sea tan profunda y que alcance y transforme la conducta humana tanto como la música".

De acuerdo con este autor la música cubre 10 funciones en la sociedad:

1. brinda un medio para la expresión de las ideas y de los sentimientos,
2. satisface las necesidades básicas de placer estético,
3. brinda diversión y entretenimiento,
4. facilita la comunicación,
5. simboliza varios aspectos de la cultura,
6. estimula e influye en las respuestas físicas,
7. refuerza algunas normas sociales,
8. valida a las instituciones sociales y los rituales religiosos,
9. contribuye a la continuidad y estabilidad de la cultura,
10. ayuda a integrar a la sociedad.

Hargreaves y North (1999) concluyen de un estudio que investigó las funciones de la música en la vida diaria, que éstas se han modificado y que las funciones sociales de la

misma se manifiestan para el individuo de tres maneras: en el manejo de la identidad personal, en las relaciones interpersonales y en el talento.

4.2 Características de la conducta musical y su papel en la musicoterapia.

Como se mencionó anteriormente, la música es una forma de expresión artística que emplea los sonidos y silencios como materia prima, y aunque desde tiempos inmemoriales se emplea en rituales curativos y con fines terapéuticos, esa no es su razón de ser ni su principal función. La música posee una serie de características que la hacen apta para su empleo como recurso terapéutico, éstas son:

La música como forma de expresión de las emociones.

La música es conocida como "el lenguaje de las emociones" (Winner, 1982), permite la expresión de ideas y emociones que no se pueden expresar a través de otros lenguajes más frecuentemente empleados, especialmente el lenguaje verbal. Dentro del contexto terapéutico la música permite expresar y sentir los sentimientos más profundos sin usar palabras, lo cual para muchos pacientes puede representar una ventaja.

La música en el contexto terapéutico permite la expresión de las emociones más intensas y más diversas de manera socialmente aceptable y brinda una forma de expresión emocional que los pacientes no tienen o no han encontrado viable. (Gaston, 1968)

El ritmo en la música

La característica más evidente y primitiva (en el sentido de su desarrollo) de la música es el ritmo. Éste da la música organización, energía y la estructura interna que permite que sea una experiencia predecible en el tiempo al mismo tiempo que convoca a la participación en grupo (Gaston, 1968)

La experiencia musical se puede adaptar a los diferentes niveles de funcionamiento

La experiencia musical puede ser muy sencilla o muy compleja, lo cual permite que se le adapte a diversos niveles de funcionamiento tanto físico como psicológico (Gaston, 1968). Por sus características la música puede ser experimentada por personas de diferentes niveles y características de funcionamiento. La experiencia puede ser desde muy sencilla hasta muy compleja y se puede adaptar a las necesidades de cada uno.

La respuesta a la experiencia musical requiere del contacto con la realidad.

La conducta musical requiere una respuesta inmediata y de acuerdo con la realidad externa (Gaston, 1968). Una vez que la persona se ha involucrado con la música, su conducta está orientada a la realidad, y la relación con la música requiere de respuestas a los estímulos auditivos, a los instrumentos, a las instrucciones del terapeuta y a las participaciones de los demás, todo lo cual requiere de contacto con la realidad, en el aquí y el ahora.

La música fomenta la interacción interpersonal y la integración grupal

La experiencia musical permite la cooperación e integración entre los miembros del grupo; los logros musicales corresponden al esfuerzo de cada uno de los individuos como parte del mismo. En el contexto terapéutico, el quehacer musical en grupo permite a personas con diferentes características y dificultades en la interacción social, unirse para cumplir con un objetivo común que es la música. Gaston (1968) afirma que la música "ayuda al establecimiento o restablecimiento de las relaciones interpersonales".

La música es una experiencia estética

Uno de los valores más conocidos de la música es que brinda una experiencia estética. La música tiene un valor estético intrínseco que dentro del contexto terapéutico da la oportunidad a los pacientes de disfrutar de una experiencia de la cual, muy probablemente, por su misma condición, -provocada por su padecimiento- no tienen oportunidad de vivir o experimentar. El placer estético brinda la oportunidad para enriquecer la vida de la persona.

La música es una forma de recreación y diversión

La experiencia musical brinda una forma de diversión y de entretenimiento. La música no tiene un valor ulterior ni otro objetivo que el de disfrutarla. En algunos casos la música tiene un valor estético y no es solo para divertirse o para disfrutarla, en otros casos es solo para divertirse, y en otros tiene ambas funciones y ambos valores.

4.3 Definición de musicoterapia

La National Association for Music Therapy (1980) define la musicoterapia como "el uso de la música por una persona calificada para producir cambios positivos en su funcionamiento psicológico, físico, cognitivo o social en personas con problemas o dificultades de salud o educativos". Agrega que "es la aplicación sistemática de la música, conducida por un musicoterapeuta dentro de un ambiente terapéutico, para lograr

los cambios deseados en el individuo que está en tratamiento, de manera que pueda tener una mejor comprensión de sí mismo y del mundo que le rodea, y así lograr una mejor adaptación a la sociedad”.

Bruscia (1998), define a la musicoterapia como “ un proceso de intervención sistemática, en el cual el terapeuta ayuda al paciente a obtener la salud, a través de experiencias musicales y de las relaciones que se desarrollan a través de ellas como las fuerzas dinámicas para el cambio”.

En la actualidad la musicoterapia se emplea con base científicas en el campo de la medicina, de la psicología, de la educación y de la salud en general y con personas consideradas como “normales” para el manejo del estrés, para su desarrollo personal, para su autoconocimiento, etc. En las bases de datos el banco de datos de psicología (PSYCH INFO) existen 1786 artículos sobre musicoterapia que datan de 1966 a la fecha. En la base de datos de medicina –MEDLINE- existen 1013 artículos sobre el tema que van de 1966 a la fecha. Las investigaciones de la eficacia de la musicoterapia se han reportado en revistas especializadas como son el Journal of Music Therapy, el British Journal of Music Therapy y más recientemente en el Nordie Journal of Music Therapy. En los años 90's se publicaron un gran número de libros de texto de musicoterapia, sobre el trabajo con niños en educación especial, discapacidades físicas, salud mental, problemas neurológicos, con personas con dificultades sensoriales, con personas con enfermedades terminales, personas en prisión, entre otros. (Aldridge, 2000,1999,1996; Pavlicevic, 1999; Wigram y DeBacker, 1999a, 1999b, Ansdell, 1995; Lee, 1996, 1995; Wigram, Saperston y West, 1995; Bunt, 1994; Heal y Wigram, 1993; Bruscia, 1991).

4.4 Tipos de experiencias en musicoterapia

De acuerdo con Bruscia, (1998), en musicoterapia existen cuatro tipos de experiencias con la música que son:

- La improvisación musical
- La re-creación musical
- La composición
- Las técnicas receptivas, (escuchar música)

- **La improvisación musical** que se refiere a la ejecución o canto de música improvisada en la sesión siguiendo lineamientos planteados por las necesidades terapéuticas del paciente o del grupo

En las experiencias de improvisación el cliente hace música mientras toca o canta creando una melodía, ritmo, canción o pieza instrumental de manera extemporánea. El cliente puede improvisar solo, a dúo o en grupo que puede incluir al terapeuta, a otros pacientes y en algunos casos a algún miembro de la familia. El paciente puede usar cualquier medio musical que se encuentre a su alcance por ejemplo la voz, los sonidos musicales, las percusiones o cualquier tipo de instrumento. El terapeuta da las instrucciones y demostraciones necesarias y ofrece una idea musical o una estructura sobre la cual se construye la improvisación. También puede acompañar al paciente para estimular o guiar las improvisaciones o puede presentar ideas no musicales.

Durante la improvisación musical clínica el paciente crea la música mientras toca o canta, y conforme va tocando, crea la melodía, el ritmo, una canción o una pieza instrumental. Los pacientes pueden improvisar solos, en dúo o en grupo, esta incluye al terapeuta, a otros pacientes e incluso a los familiares. (Bruscia, 1998). El paciente puede emplear cualquier medio a su alcance y de acuerdo con sus habilidades: la voz, sonidos corporales, instrumentos de todo tipo, etc.)

El terapeuta le da las instrucciones y ejemplos, da una idea musical o da la estructura sobre la cual se va a hacer la improvisación. También toca o canta para acompañar o guiar a los pacientes o puede presentar ideas no musicales como un tema o una historia para que el paciente la represente e la improvisación.

Los objetivos clínicos de la improvisación son:

- Establecer un canal de comunicación no verbal y un puente para la comunicación verbal.
- Brindar un medio para la autoexpresión y la formación de la identidad.
- Explorar varios aspectos de uno mismo en relación con los demás
- Desarrollar la capacidad para el contacto interpersonal
- Desarrollar habilidades de convivencia e interacción en grupo
- Desarrollar la creatividad, la libertad de expresión, la espontaneidad y la capacidad de juego con diversos niveles de estructura.

- Estimular y desarrollar los sentidos
- Desarrollar las habilidades perceptuales y cognitivas

Es necesario mencionar que cuando se hace improvisación el producto resultante, la música no tiene las características estéticas que presenta una obra musical terminada. Sin entrar en diversas posiciones filosóficas podemos decir que nuestro trabajo terapéutico se considera un punto de vista referencial, que plantea entre otras muchas cosas que la música es un reflejo del músico que la crea, considera que el significado de la obra se encuentra fuera de la obra, en los fenómenos extramusicales, en los eventos, las ideas y los sentimientos, en los símbolos y en la experiencia humana. (Bruscia, 1987).

Cuando se hace improvisación, el producto dista de ser bello en los términos convencionales, pero existen otros parámetros para considerar a la experiencia musical como significativa, e incluso estética ya que toda experiencia musical implica por lo menos a una persona, un proceso musical, un producto musical y un contexto (físico, emocional o interpersonal.) Estos son elementos integrales y esenciales en musicoterapia donde el objetivo es justamente encontrar las relaciones entre ellos.

La improvisación musical clínica ha sido empleada con una gran variedad de pacientes y en una variedad de instituciones clínicas (Edgerton, 1994 Pavlicevic y cols., 1994 Nordoff y Robbins, 1977). Existe una gran variedad de modelos teóricos en los que se basa la práctica de la improvisación clínica. Estos modelos son de acuerdo con el tipo de población con los que se trabajan y de los objetivos terapéuticos que se plantean para una población específica. (Bruscia, 1987)

En el trabajo con pacientes esquizofrénicos algunos autores (Pavlicevic y Trevarthen, 1994; Pavlicievic, 1995) parten de la base que la improvisación y el quehacer musical tienen sus raíces e la comunicación que se establece entre la madre y el niño durante los primeros meses de vida (Beebe y cols., 1985; Papousek y Papousek, 1981; Stern y cols. 1985). La autora afirma que los aspectos clave de la comunicación humana directa son:

- La susceptibilidad de una persona a otra, o la capacidad para ser influida por la otra.
- La capacidad para "leer" el significado de los actos del otro, coordinarse de manera significativa para ambas partes.

- Flexibilidad para responder la respuesta al otro de manera adecuada dentro del contexto interactivo
- La imaginación y capacidad para sostener y extenderse para permanecer y compartir la intención de la interacción.

Estas características son las que se ponen en práctica en la improvisación musical clínica en la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente.

Es un hecho ya probado que la enfermedad mental interfiere con la capacidad de participación y comunicación recíproca en la comunicación básica y directa. Se ha observado que existe una relación entre la enfermedad mental y la capacidad para organizar y adaptarse a los gestos y a los actos no verbales de la comunicación (Condon y Ogston, 1966). Los investigadores describen que los sujetos muestran una incapacidad para la sincronía en la comunicación, con un rango limitado en los movimientos de la cabeza y en la entonación prosódica de la voz. En los pacientes psicóticos estos son muy notorios.

A los pacientes con esquizofrenia, la improvisación clínica les brinda el contexto para la interacción en el cual a través de la interacción musical con los otros puede relacionarse con ellos, y desarrollar las habilidades de comunicación, de interacción y de expresión y de organización interna y externa que se encuentran afectadas y que requiere para su funcionamiento adecuado en la vida diaria. La improvisación musical clínica se basa en la interacción musical entre el o los pacientes y el terapeuta.

Además de los aspectos de comunicación e interacción, la improvisación musical clínica también permite explorar a través del quehacer musical diversas formas como se vive un conflicto y alternativas para solucionarlo. Es en la música y en ocasiones en la elaboración verbal donde suceden estos "descubrimientos" y la posibilidad de cambio.

En el caso de los pacientes con esquizofrenia se observa que algunas de estas habilidades se encuentran afectadas o disminuidas debido a su enfermedad, por lo que la improvisación clínica como uno de los métodos de la musicoterapia incide directamente en las habilidades sociales como las define Henser y Bellack(1977) y que se describen arriba.

- **La creación musical**, que se refiere a las experiencias de en las que el terapeuta ayuda al paciente a escribir canciones, letras para canciones o piezas instrumentales, o a crear cualquier producto musical. Generalmente el terapeuta se encarga de los aspectos técnicos y adapta la participación del paciente de acuerdo con las habilidades de éste. Por ejemplo, el paciente compone una melodía y el terapeuta le da estructura y la armoniza, o un paciente escribe la letra de una canción y el terapeuta le ayuda a ponerla la música.

Los objetivos clínicos de las experiencias de composición son:

- Desarrollar las habilidades de planeación y organización
- Desarrollar habilidades para la resolución de problemas
- Promover la responsabilidad por las acciones de uno
- Desarrollar la habilidad para reconocer y comunicar las experiencias internas
- Promover la exploración de los conflictos internos a través de la composición de la letra de la canción
- Desarrollar las habilidades de análisis y síntesis
- **La re-creación musical** en este tipo de experiencias. El cliente o paciente toca o canta obras musicales que han sido previamente compuestas. También se incluyen actividades musicales estructuradas y juegos musicales en los cuales el paciente tiene un papel específicamente designado. Se emplea el término re-crear porque se refiere a reproducir, ejecutar o realizar una parte o varias partes de un modelo musical, ya sea en privado o frente a un público.

Los objetivos clínicos son:

- Desarrollar habilidades sensoriomotoras.
- Fomentar una conducta adaptativa, ordenada en el tiempo
- Mejorar la atención y le contacto con la realidad.
- Desarrollar la memoria
- Promover la identificación y la empatía con otros.
- Desarrollar habilidades para interpretar y comunicar ideas y sentimientos
- Aprender conductas y roles adecuados a diversas situaciones interpersonales
- Mejorar las habilidades de interacción verbal

Las personas que más se benefician son los pacientes que necesitan estructura para desarrollar habilidades o conductas específicas, también los que necesitan entender y adaptarse a las ideas o sentimientos de los otros, sin perder su propia identidad, hacia como los pacientes que tienen que aprender a trabajar con otros hacia metas comunes.

- **Experiencias receptivas (escuchar música).** En este tipo de experiencia el paciente escucha la música y responde a ella de diversas maneras: en silencio, verbalmente, corporalmente o a través de otro medio. La música puede ser grabada o en vivo y se puede utilizar todo tipo de música. La experiencia de escucha puede enfocarse al aspecto física, emocional, intelectual, estético o espiritual. Las respuestas que se esperan del paciente se definen por los objetivos terapéuticos y el propósito de la experiencia.

Los objetivos clínicos de las experiencias receptivas son:

- Promover la receptividad
- Evocar respuestas corporales específicas
- Estimular o relajar a la persona
- Desarrollar habilidades auditivo-motoras
- Evocar estados o experiencias afectivas
- Explorar ideas y pensamientos propios o de otros
- Facilitar los recuerdos
- Evocar imágenes y fantasías
- Conectar al escucha con su comunidad o grupo socio-cultural
- Estimular experiencias espirituales.

Los pacientes que se benefician de este tipo de experiencia son aquellos que tienen la habilidad para poner atención y que son receptivos a la música, y que se supone se beneficiarán de alguna manera de la experiencia de escucha (físicamente, emocionalmente, espiritualmente).

4.5 Antecedentes históricos de la musicoterapia

El origen del empleo de la música como terapia data de tiempos inmemoriales: Se sabe, aunque no se ha encontrado evidencia directa, que la música era usada para hacer encantamientos, magia, para rezar y como elemento curativo. Tal vez la evidencia más directa de ello son los instrumentos que parecen haber sido empleados para hacer música

en culturas primitivas que hasta hace poco no tenían contacto con el mundo occidental (Feder y Feder, 1981). No existe registro de la música en sí, pero sí existen ilustraciones de una caja de resonancia de un arpa hallada en Ur y se piensa que fue construida en el año 600 A.C., pero el sonido que producía será para siempre desconocido. El conocimiento de la música en sí es mucho más reciente y se debe al invento de las notaciones musicales. (Feder y Feder, 1981).

En cuanto al empleo de la música como elemento terapéutico, a través del estudio y conocimiento de algunas tribus "primitivas" en África, se sabe que se emplea desde la época prehistórica. En algunas partes de dicho continente el "médico" toca un tambor mágico y un Oumbi sobre el estómago del paciente para aliviarlo. En las tribus Indias de Ontario, los magos y los Shamanes también son los maestros de música. Curt Sachs señala que en muchas partes del mundo, la música servía más para un propósito mágico que para uno estético (Sachs, 1955). En muchas civilizaciones se han encontrado cantos mágicos. Se sabe que en las civilizaciones antiguas se empleaban las artes, y en particular la música en el tratamiento de enfermedades físicas y mentales. Los sacerdotes-médicos egipcios se referían a la música como lo "físico del alma".

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

Los griegos, quienes pronto comprendieron la relación que existe entre el cuerpo y el alma, entendieron claramente el vínculo entre la música y la medicina. Apolo era tanto el Dios de la música como el médico de los dioses. Se dice que Orfeo, el primer músico entre los mortales, poseía curas misteriosas, y su música tranquilizaba a las bestias salvajes.(Feder y Feder, 1981). Los templos dedicados a Esculapio fueron santuarios de curación así como templos de adoración y siempre estaban presentes "especialistas en himnos" llamados "aretólogos", así como sacerdotes. El mismo Esculapio recetaba música para los problemas emocionales.

Los griegos emplearon la música como terapia tanto de manera racional como en el dominio de lo místico. Platón consideraba a la música la "medicina del alma". La música siempre se asoció a las matemáticas y Platón decía que cuando el alma perdía su

armonía, el ritmo y la melodía la ayudaban a restaurar el orden y la concordia. (Feder y Feder, 1981).

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

Pitágoras empleaba la música y la danza con pacientes enfermos mentales. introdujo la teoría de la psicobiosis en la cual la música -llamada medicina musical - jugaba un papel central para promover el orden, la proporción y la mesura.

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

Durante la Edad Media las artes ocuparon una posición ambigua. Por una parte, las artes plásticas y la música fueron puestas al servicio de Dios y de la religión, por otra parte, la música profana y la danza eran vistas como un instrumento del diablo. Esta ambivalencia tiene su ejemplo más claro en la validación que hizo la Iglesia de la danza más popular de Italia: la *tarantella*: existía en Italia una enfermedad - el tarantismo- que ocurría con mucha más frecuencia durante el verano y que se atribuía a los piquetes de la tarántula. Los síntomas eran crisis convulsivas alternadas con retraimiento, inactividad y postración. La única cura era la catarsis que se lograba a través de la danza, la música y el empleo simbólico de los colores. De acuerdo con los expertos, estas danzas convulsivas, eran realmente trastornos neuróticos que recibían un sinnúmero de nombres. De cualquier manera, la cura era la danza a la música de una *tarantella*. Ernesto de Martino llama a los músicos de aquella época musicoterapeutas en todo el sentido de la palabra ya que conocían los síntomas de la enfermedad, sabían que música debían emplear, debían encontrar la música apropiada para la araña que había picado al paciente

(ya que había diferentes tipos de tarántulas que picaban) y tenían que organizar su intervención de acuerdo con las etapas que presentaba la enfermedad. (Alvin, 1975)

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

Durante el renacimiento el mundo occidental redescubrió a los griegos a través de los sabios musulmanes y judíos. Durante el renacimiento hubo un nuevo interés primero en la literatura clásica y posteriormente en las ideas artísticas y médicas de los griegos, mismas que se fueron adoptando sin discriminación crítica alguna. Durante esta etapa se renovó el interés en el empleo de las artes como terapia y en especial en el uso médico de la música e informa del empleo de la musicoterapia en los hospitales psiquiátricos, especialmente en Los Estados Unidos en un principio éste era con fines educativos y recreativos. Después de la II Guerra Mundial la musicoterapia empezó a ser aceptada como forma de tratamiento en los Hospitales para Veteranos de Guerra y en los hospitales estatales en los Estados Unidos y su papel recreativo se modificó hacia uno de tipo terapéutico y rehabilitatorio (Unkefer, 1990). En las instituciones se organizaban coros o grupos instrumentales para entretenimiento de los pacientes.

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

En la Gran Bretaña la musicoterapia como profesión surgió del trabajo con niños y con adultos que tenían dificultades en la comunicación, con discapacidades profundas o con problemas de salud mental. (Alvin, 1975; Priestley, 1975; Nordoff y Robbins, 1971).

Actualmente las intervenciones de los musicoterapeutas están orientadas hacia los objetivos terapéuticos de los pacientes y están basadas en las necesidades psicológicas, conductuales y sociales de éstos (Unkefer, 1990).

4.6 EL PAPEL DE LOS ESTÍMULOS MUSICALES EN LA MUSICOTERAPIA

Las características de los estímulos musicales sugieren que la musicoterapia es una herramienta importante que impacta los procesos de la conducta afectiva y ofrece una serie de técnicas específicas cuyo objetivo es restaurar y fortalecer la habilidad de los individuos para organizar internamente sus experiencias emocionales, así como para presentar la conducta emocional de manera verbal y no verbal. (Thaut 1990)

El poder comprender los procesos y efectos neuropsicológicos de los estímulos musicales que son la base de la influencia de la música en la conducta, la musicoterapia se convierte en una modalidad terapéutica importante y efectiva, especialmente cuando los objetivos son la modificación de las deficiencias emocionales (Thaut, 1990), lo cual es uno de los principales objetivos en el trabajo con pacientes con esquizofrenia. Este mismo autor plantea que es necesario demostrar que la modificación de los estados afectivos es relevante en el proceso musicoterapéutico.

Rachman (1981) afirma que el procesamiento afectivo es un prerrequisito para el cambio conductual. Wolpe (1978) y Lang (1977) y señalan que un requisito indispensable para la modificación de la conducta a través de la imaginación y del procesamiento (elaboración) emocional es que por lo menos algunos componentes del estado emocional que son objeto del cambio en la terapia deben estar presentes en el proceso de imaginación. Esto puede observarse en pacientes con trastornos como fobias, ansiedad depresión etc.

Rachman (1981) explica la relación entre las conductas cognitivas y afectivas y su relevancia en el proceso terapéutico y describe detalladamente cómo con frecuencia, la psicoterapia (cognitiva) no puede provocar cambios en la conducta ya que las conductas en las cuales los componentes afectivos son evidentes, con frecuencia son especialmente resistentes al cambio. Según este autor esto es especialmente evidente cuando se emplea

solo terapia orientada al *insight*. Bandura (1977) plantea algo similar al afirmar que la persuasión verbal es relativamente débil como recurso para influir y modificar la conducta, pero con base en la premisa de que los procesos afectivos y cognitivos son parcialmente independientes unos de otros pero se influyen uno entre sí, Rachman propone la necesidad de establecer procedimientos terapéuticos más directos para influir y modificar la conducta, entonces la modificación del afecto es un prerrequisito para la modificación de algunos tipos de conducta.

Con relación a esto, Sutherland, Newman y Rachman, (1982) compararon los efectos de una inducción verbal vs. una inducción musical para modificar el estado de ánimo. Compararon la influencia del estado de ánimo para remover pensamientos o cogniciones intrusivas no deseadas, los cuales se veían afectados de manera importante por el estado de ánimo. (p.e. los pensamientos obsesivos). El estudio mostró que era más difícil quitar los pensamientos negativos cuando se hacía la inducción en un estado de ánimo negativo (triste) que en uno positivo (feliz), pero que el procedimiento basado en la música mostró tener resultados superiores para alterar y mantener los estados de ánimo que sólo el procedimiento verbal. Sutherland y cols. (1982) proponen que es adecuado modificar el estado de ánimo antes que los pensamientos negativos y las conductas.

Esto es relevante para la musicoterapia ya que señala una de las direcciones que se pueden seguir, en donde las respuestas afectivas evocadas por los estímulos musicales, capaces de modificar el afecto, se convierten en una parte relevante del proceso terapéutico. (Thaut, 1990)

4.6.1 Los procesos neuropsicológicos en la percepción musical.

Thaut (1990) plantea que la música, por sus características y propiedades como estímulo al sistema nervioso central (SNC) evoca respuestas afectivas significativas que pueden ser usadas para modificar el afecto en situaciones clínicas; en la situación terapéutica la modificación del afecto se considera un componente esencial para el aprendizaje conductual y para el cambio.

De acuerdo con este autor es necesario desarrollar un modelo hipotético sobre el procesamiento de los estímulos en el cual la percepción de las propiedades de los estímulos musicales no es el fin por sí mismo, sino el medio para llegar a respuestas emocionales que pueden ser determinantes significativos de la conducta no musical. Para

explicar esto es necesario revisar tres teorías sobre las emociones y su relación con la experiencia musical: la teoría de la emoción y el significado de Meyer (1956), la teoría cognitiva de las emociones de Mandler (1984) y la teoría de Berlyne (1971) sobre la emoción, la excitación y gratificación en la experiencia estética.

Meyer (1956) plantea que el significado y la emoción en la percepción de la música surgen de la percepción de los patrones intrínsecos a la música, por ej: los componentes formales y estructurales de una pieza musical. Meyer postula que los escuchas desarrollan esquemas de expectancia cuando escuchan los patrones musicales; la interrupción de la expectancia, seguida por un período de suspensión y una resolución en la composición, evocará una experiencia afectiva en el receptor: Para responder a la música es necesario poner atención a los estímulos y estar familiarizado con el estilo musical.

Desde el punto de vista de Meyer, el significado y la emoción son el resultado de la percepción de las estructuras musicales y de su manipulación cuidadosa. De acuerdo con este autor, la génesis de la experiencia emocional en la música no es distinta de las experiencias emocionales en la vida diaria, con dos excepciones, 1) los patrones de tensión-resolución en la música que conducen a las respuestas emocionales generalmente son satisfactorios y placenteros y 2) se presentan dentro de la misma modalidad de estímulo. Meyer reconoce la presencia de experiencias emocionales que se asocian a un estado de ánimo o emoción, a imaginación o a recuerdos previamente establecidos o designados en la percepción musical, los cuales también pueden provocar respuestas emocionales, pero que son aprendidos por asociación y que no son producto solo de la percepción de los estímulos musicales en sí. La teoría de Meyer es aplicable a la musicoterapia en el sentido de que no hay datos que indiquen que la respuesta principal a la música no se debe a la percepción de los patrones musicales intrínsecos de ésta (Thaut, 1990).

La teoría de Mandler (1984) da especial atención al valor que tienen las reacciones emocionales en la adaptación biológica. Una reacción emocional es precedida por la excitación fisiológica del sistema nervioso autónomo. Esta excitación es provocada por una interrupción de los patrones de expectancia o de anticipación basados en esquemas perceptivo-motores; estos esquemas son el modo de funcionamiento de la

cognición humana para predecir y planear la respuesta a eventos futuros. De acuerdo con este autor, la cognición humana es una interacción continua entre la predicción y la confirmación sensorial. Cuando sucede algo inesperado, la excitación surge como una señal de alerta y busca una interpretación de la interrupción, de donde se produce una experiencia emocional de determinadas características. Esta excitación puede alertar al ser humano sobre situaciones que pueden poner en peligro su vida o le puede indicar la presencia de un evento muy placentero. La interpretación cognitiva de las circunstancias que provocan la excitación define la calidad de la experiencia emocional.

La teoría de Mandler puede ser aplicada a los estímulos musicales cuando consideramos que las reacciones emocionales a la música implican una fuerte excitación del sistema nervioso autónomo que busca el alivio de la excitación a través de la experiencia emocional. Tanto la teoría de Mandler como la de Meyer son relevantes a este planteamiento ya que ambas conectan los procesos que implican la asignación de significado al estímulo musical con estados de excitación fisiológica cuya interpretación resulta en experiencias afectivas de características específicas. (Thaut, 1990).

La teoría de la emoción, excitación y gratificación en la experiencia estética de Berlyne (1971) va más allá del papel de la excitación fisiológica en la percepción musical. El autor habla del papel y de las características de la excitación y de su relación con las propiedades del estímulo y de la calidad de la respuesta afectiva que se produce. Berlyne describe detalladamente cómo las obras de arte, incluyendo a la música, contienen patrones que tienen un potencial específico de excitación- influencia- y que por lo tanto pueden provocar experiencias afectivas. En este sentido, la aplicación de la música en el ámbito clínico depende de la identificación de estos patrones de estímulos y del conocimiento de las respuestas específicas que produce la música en la terapia. En este sentido se han clasificado los estímulos musicales de acuerdo con sus propiedades (

- **Las propiedades psicofisiológicas** que se refieren a la percepción de la intensidad, el *tempo*, el color, el rango de cambio (distribución de la energía). Estas propiedades constituyen la experiencia de activación (energía, excitación, estimulación) a través de la percepción del estímulo. La experiencia de activación es especialmente valiosa para brindar una gratificación inmediata y para reducir los estados de ansiedad en los pacientes (Billier, Olsen y Breen, 1974; Jellison, 1975). Las investigaciones muestran que ocurren

cambios positivos en los sentimientos de bienestar en pacientes con trastornos psiquiátricos cuando se estimulan los centros de recompensa en el cerebro (Madsen, Greer y Madsen, 1975; Clynes, 1978), lo cual puede deberse a la influencia de los estímulos musicales sobre el SNC. Por el contrario, se puede lograr una disminución en la excitación, en estados de excitación moderada si se escucha o se toca el tipo de música con los atributos psicofisiológicos adecuados. La experiencia de excitación que se logra cuando se escucha o se toca música también ofrece una experiencia agradable, placentera y gratificante y puede dar un sentido de uno mismo basado en la realidad del aquí y el ahora. Esto da a los pacientes una experiencia valiosa, predecible y biológicamente significativa. (Thaut, 1990)

- **Las propiedades asociativas.** Están compuestas por la percepción de los elementos estructurales de una composición. Estas propiedades constituyen la experiencia de sorpresa, orden, claridad y de sus opuestos, a través de la percepción del estímulo. (Berlyne, 1971)

La experiencia de la estructura es esencial para lograr diversos objetivos en musicoterapia. Las investigaciones sugieren que con frecuencia los estímulos musicales evocan respuestas perceptuales en individuos que están afectados por diversos problemas perceptuales como son el autismo y algunos síndromes orgánicos cerebrales (De Long, 1978), la percepción de los elementos musicales es gratificante y ordenada en el tiempo, lo cual es uno de los principios del procesamiento musical y por lo tanto puede ayudar a desarrollar o a facilitar la percepción de la realidad (Gaston y Eagle, 1970). Se ha observado con frecuencia en el trabajo clínico que algunos pacientes con discapacidades severas que no responden a los estímulos verbales, responden de manera funcional a estímulos musicales.

Otro aspecto de la experiencia de la estructura de la música es la respuesta emocional que se produce en el procesamiento perceptual de los eventos musicales descritos como simplicidad/complejidad, novedad/familiaridad, claridad/ambigüedad, y tensión/resolución, y su valor hedónico en términos de la gratificación, el placer y el alivio de la tensión. Este aspecto de la experiencia de la estructura de la música puede ser empleado para crear una experiencia dirigida al trabajo sobre los sentimientos, para alertarlos o para reducir el estrés o la ansiedad.

El funcionamiento cognitivo y afectivo, en términos de organización mental pueden ser estimulados a través de experiencias musicales, estas no tienen que ser muy complejas, ya que cada paciente es capaz de generar una percepción significativa del estímulo musical, si éste es seleccionado de acuerdo con las características personales y de respuesta de los sujetos. La experiencia de orden, claridad, comprensión y alivio de la tensión en las estructuras musicales, ayuda a los pacientes a ordenar su conducta

- **Las propiedades ecológicas:** Éstas se refieren a la percepción de elementos de la música que han adquirido significado por asociación con eventos, experiencias y aprendizajes extramusicales. Estas propiedades constituyen la experiencia de asociación, como pueden ser estados de ánimo designados, connotaciones, reminiscencias o imágenes que son provocadas por el estímulo musical, y que no son parte de la música. Las personas responden a un evento psicológico interno y no a algo que está en la música por sí misma. Para el musicoterapeuta es difícil controlar o predecir este tipo de respuestas porque son idiosincráticas, producidas y estimuladas por las experiencias pasadas de los pacientes, o en ocasiones por asociaciones internas espontáneas. Es importante tener cuidado cuando, con quien y con qué objeto se emplea esta propiedad de la música en el contexto terapéutico, especialmente si se trabaja con pacientes psiquiátricos que requieren del contacto con la realidad externa.

Las investigaciones realizadas apoyan estas dimensiones de las respuestas a los estímulos musicales (McMullen, 1980; Crozier, 1973). La percepción de la experiencia musical como función de las estructuras musicales también ha sido demostrada en estudios experimentales (Nielsen y Cezarec, 1981, 1982; Gardner, Silverman, Denes, Semenza y Rosenstiel, 1977; Wedin, 1972; y Vitz, 1966) estos estudios concluyen que 1) la música es una señal eficiente para comunicar mensajes emocionales; 2) el análisis factorial de los elementos y las estructuras musicales se correlacionan con experiencias emocionales subjetivas aun en escuchas no entrenados, y 3) que la comunicación del significado emocional en la música no se modifica por una sola característica de personalidad pero si se ve afectada por una compleja interacción entre características de personalidad, como el género, la edad, el estado de ánimo y la selección musical. (Thaut, 1990)

A continuación se presenta el modelo que propone Thaut (1990) del papel de la percepción musical en la musicoterapia: (fig 1, al final de este capítulo)

4.7 La relación de los procesos neuropsicológicos con los procedimientos terapéuticos básicos en la práctica de la musicoterapia.

Thaut plantea un modelo integrativo de la musicoterapia para la modificación de la conducta emocional, que consta de una secuencia de 5 pasos que ha sido útil en la práctica de la musicoterapia para el procesamiento este tipo de conducta: las partes de esta secuencia son:

- 1). facilitar la experiencia de la emoción,
- 2) facilitar la identificación de la emoción,
- 3) facilitar la expresión de la emoción,
- 4) facilitar la comprensión de la comunicación emocional de los otros,
- 5) facilitar la síntesis, control y modulación de la conducta emocional que uno presenta

Este mismo autor señala algunos puntos que son importantes en la práctica de la musicoterapia:

1. Las respuestas evocada por la música pueden ocurrir en el contexto de diversas experiencias musicales, ya sea cuando se emplean técnicas receptivas, (escuchar música) o técnicas expresivas (improvisación, composición, re-creación).

2. En el proceso real de la musicoterapia, la especificidad del estímulo musical ocurre en el contexto de los recursos humanos, o en la interacción personal como diría Bruscia, (1998)- el cual se ve influido por las características sociales, mentales y culturales de cada paciente/cliente; por lo tanto, el musicoterapeuta debe conocer el gusto, preferencias y familiaridad que el paciente tiene con diferentes estilos musicales, así como el nivel de funcionamiento y necesidades del mismo. Los diferentes tipos de estímulos musicales tienen distintos potenciales de excitación y diferentes efectos en las personas, por lo que el terapeuta deberá definir qué tipo de estímulo musical contiene las propiedades psicofisiológicas, asociativas y ecológicas necesarias para lograr las experiencias y las repuestas deseadas para un determinado paciente.

3. El musicoterapeuta deberá crear un ambiente terapéutico en el que pueda ocurrir una experiencia terapéutica significativa, lo cual implica a la estructura de la sesión, la conducción de las diferentes experiencias, la creación del rapport y de un ambiente de

confianza. Asimismo, el terapeuta debe asegurarse de que se trabaja y se cumplen los objetivos terapéuticos.

4. El musicoterapeuta debe evaluar junto con el paciente/ cliente las respuestas a las experiencias de la sesión y su relación con su bienestar y según Thaut, traducirlas en objetivos conductuales para el paciente. La autora de este trabajo agrega que es parte de la sesión de terapia, enseñar a los pacientes a aplicar la experiencia de la sesión en las acciones, conductas y actitudes de su vida diaria, por lo que es necesario asegurarse que el paciente sabe qué es lo que está haciendo, para qué va a terapia y qué puede esperar de su trabajo.

4.8 Algunos aspectos teóricos sobre el empleo de la musicoterapia en el área de la salud mental.

El empleo clínico de la música varía muchísimo dependiendo del tipo de pacientes con los que se trabaje. El hecho de que la música pueda ser empleada en una gran variedad de tipos de programas terapéuticos se debe a su flexibilidad como forma de expresión artística. Como se dijo arriba, la música puede tener significado a cualquier edad y cumplir con una gran cantidad de funciones en la sociedad. Cualquier persona puede encontrar algún tipo de música que le agrade o le interese, esto contribuye a la accesibilidad de la música.

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

- A) De acuerdo con los niveles de terapia en grupo, basadas en el nivel funcional y las necesidades del paciente.
 - B) De acuerdo con las orientaciones teóricas del tratamiento de los pacientes psiquiátricos.
 - C) De acuerdo con la clasificación o taxonomía de los programas y técnicas de musicoterapia (Davis, Gfeller y Thaut, 1992)
- A). De acuerdo con los niveles de terapia en grupo basada en el nivel de funcionamiento de los pacientes.**

Wheeler (1983 en Unkefer 1990) ha propuesto tres niveles de aplicación clínica para satisfacer las necesidades tan diversas de los pacientes psiquiátricos.

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

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

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

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

- Mejorar la interacción social.
- Mantener el contacto con la realidad con conciencia del aquí y del ahora.
- Distraer de las obsesiones o de las preocupaciones neuróticas.
- Lograr la participación en las actividades del grupo.
- Controlar las conductas impulsivas.
- Lograr el empleo sano del tiempo libre.

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

En este nivel, los objetivos anteriormente enumerados siguen siendo importantes, pero se hace más énfasis en la reflexión verbal y en el examen de los procesos de relación con otras personas, así como en las emociones. En este tipo de enfoque las técnicas musicales empleadas buscan:

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

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

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

B). De acuerdo con las orientaciones teóricas del tratamiento psiquiátrico. (Wheeler, 1983)

Como es bien sabido existen varias orientaciones teóricas en el tratamiento de pacientes psiquiátricos. Los modelos que con más frecuencia se emplean son el

conductual, el psicodinámico, el cognitivo, el humanístico y el biomédico. El empleo de cada uno de ellos tiene sus implicaciones para la aplicación de la musicoterapia.

C) De acuerdo con la clasificación o taxonomía de programas y actividades de musicoterapia. (Unkefer, 1990)

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

4.9 Antecedentes de Investigación en musicoterapia

La bibliografía muestra que cada vez más la musicoterapia se emplea con más frecuencia en el ámbito psiquiátrico, tanto en la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos como en la psicoterapia. (Odell-Miller 1999, Engelman, 1995; Cassity y Cassity, 1994; Courtright, Jonson, Baumgartner, Jordan y Webster 1990; Brasseur, 1986; Devisch y Vervaeck, 1986; Benjamín, 1983, Jarozinsky, Wiocks, Stanikowska, Wronaka y Stepien 1983; Meschede, Bender y Pfeiffer, . 1983), lo cual refleja la gran influencia que la psiquiatría ha tenido en la aplicación de la musicoterapia.

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

La musicoterapia puede conducir al paciente hacia la reconstrucción y la reeducación en un ambiente de apoyo sin que tenga que depender de la verbalización.

Cuando se prepara a los pacientes para reintegrarse a la comunidad las intervenciones que se hacen en musicoterapia ayudan a reducir las conductas inapropiadas como son un intervalo de atención demasiado corto, la incapacidad para seguir instrucciones, la interacción verbal y motora inadecuadas. Cook y Freethy (1973) empleaban el estímulo de tocar el piano contingente a la conducta quejumbrosa de una

paciente esquizofrénica para reducir esta conducta inadecuada. Williams y Dorow (1983) redujeron esta misma conducta en una paciente crónicamente deprimida empleando retroalimentación verbal y musical. Hack y Martin (1970) emplearon el tiempo fuera de la música para disminuir el ritmo y la frecuencia de balanceo, del chasquido de dedos y caminar constante de una paciente con esquizofrenia. Asimismo, se encontró que la reducción de estas conductas indeseables se transferían o se conservaban en la conducta de los pacientes en ambientes diferentes

En un estudio con pacientes adolescentes que padecen depresión Hendricks (2001) reporta los resultados de una intervención en la que compara cuatro grupos de tratamiento, dos con terapia cognitivo conductual y dos a los que a esta misma terapia se le agregó musicoterapia. Los resultados indican que el empleo de la musicoterapia se correlaciona de manera positiva con la reducción de la depresión y el incremento de las calificaciones del autoconcepto. Tervo (2001) describe cómo la música y en especial el rock, le permiten a los adolescentes expresarse, reconocer y compartir sus sentimientos de enojo, rabia, y pérdida, y les da la oportunidad de experimentar el aislamiento y la cercanía, así como explorar sus fantasía sexuales.

En el trabajo con pacientes con trastornos de ansiedad, Kerr, Walsh y Marshall (2001) exploraron el empleo de la música para aumentar la modificación afectiva y la reestructuración emocional en un contexto de terapia conductual. Los resultados indican que la reestructuración apoyada en intervenciones musicales era más efectiva que las intervenciones típicas para disminuir la ansiedad, modificar el afecto y producir una imaginaria más vívida.

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

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

Se ha encontrado que la musicoterapia es una técnica útil para mejorar el autoconcepto (Adler, 1984; Carle, 1982; Palmer, 1977), y que éste se puede modificar a

través de la participación en actividades musicales estructuradas (Johnson, 1981). En el trabajo con pacientes psiquiátricos, Henderson (1983) reporta que las actividades musicales pueden funcionar efectivamente como agentes psicoterapéuticos para mejorar el autoconcepto de los pacientes psiquiátricos.

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

Vidojkovic (1979) en un trabajo realizado con pacientes psiquiátricos encontró que la música era un factor esencial en la resocialización de estos pacientes. Courtright y cols.(1990) reportan un estudio hecho con pacientes psiquiátricos crónicos que presentaban conductas disruptivas violentas a la hora de la comida, ellos pusieron música de fondo con la intención de modificar el medio ambiente, lo cual redujo las conductas disruptivas.

Los estudios que se reportan sobre el trabajo con musicoterapia con pacientes psiquiátricos, describen en su mayoría el trabajo clínico con grupos pequeños o a nivel individual (Jensen, 1999; Odell-Miller, 1999; Aldridge, 1993; Zigelbaum y Rubino, 1991; Langdon, Pearson, y cols. 1989; Chun y Davidson 1987; Haakenaasen y Ugelstad, 1986; Lubart, 1985; Meschede y cols. 1983; Stephens, 1981; Kupperschmitt, y Sizaret, 1981; Priestly, 1980;).

Meschede y cols. (1983) en un estudio realizado en Alemania observaron la conducta de un grupo de pacientes psiquiátricos crónicos a quienes se les dieron 8 sesiones de musicoterapia activa, y se dieron cuenta que los sentimientos de los sujetos no estaban relacionados con las observaciones que los líderes de los grupos hicieron sobre la expresión de dichos sentimientos.

Jensen (1999) plantea que el trabajo con pacientes psiquiátricos empleando la musicoterapia es útil debido a que 1) los pacientes tienen dificultades en la comunicación y para establecer contacto con los otros; 2) tienen dificultades para darse cuenta de sus sentimientos y de expresarlos, 3) con frecuencia tienen dificultades de autoestima y 4)

tienen dificultades para mantener contacto con la realidad y para manejar los sentimientos que la percepción distorsionada de ésta le provoca. Por sus características, la musicoterapia y la situación terapéutica característica de ésta son benéficas para este tipo de pacientes.

Moe, Roesen y Raben (2000) examinaron el efecto de una intervención empleando el método de Imaginería guiada y música (GIM) modificado con pacientes psiquiátricos hospitalizados Con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizotípico o esquizoafectivo, los resultados indican que el funcionamiento general de los pacientes mejoró (según el GAF). En este estudio no hubo grupo control para comparar los resultados de la intervención.

4.10 La musicoterapia los pacientes con esquizofrenia crónica

En cuanto al empleo de la musicoterapia con pacientes esquizofrénicos, se ha reportado que las actividades musicales pueden beneficiar a los pacientes (Murow y Unikel, 2001; Pavlicevic, 1994 Cassity, 1976). La musicoterapia se ha empleado para ayudar a establecer y mejorar las relaciones interpersonales (Murow, 1998 De Moura y cols., 1984; Vidojkovic, 1979.), para establecer contacto con pacientes que no se pueden comunicar con el mundo externo (Stephens, 1981, Hudson, 1973), para mejorar la autoestima (Longhofer y Floerch, 1993) y el autoconcepto (Murow y Unikel, 1997), para permitir la expresión de sentimientos y emociones. (Talerico, 1986).

El trabajo con pacientes con esquizofrenia ha sido objeto de estudio en diferentes países (Murow y Unikel, 2001; Pavlicevic, Trevarthen y Duncan, 1994; Tang, Yao y Zheng, 1994; Pavlicevic y Trevarthen, 1989; Pfeiffer, Wunderlich, Bender, Elz y Horn 1987; Pailles, 1985).

En un estudio controlado, Pfeiffer y cols. (1987) emplearon técnicas de improvisación musical en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos . Los autores hacen énfasis en las dificultades para parear a los grupos de pacientes agudos de acuerdo con la edad, el diagnóstico y diagnósticos adicionales (abuso de alcohol y abuso de drogas.) y consideran que el hecho de que los pacientes estuvieran medicados era una dificultad ya que aumentaba variabilidad entre los mismos.. A lo largo de 27 semanas de tratamiento los pacientes presentaron recaídas, lo cual implicaba un cambio en el medicamento lo cual a su vez influía en otras variables. Al final del tratamiento, todos los pacientes

mejoraron, incluso los del grupo de lista de espera, ya que de todas maneras recibían apoyo terapéutico. Según los autores, con solo 14 pacientes, fue difícil llegar a conclusiones sobre los efectos de la musicoterapia. Además afirman que la psicosis de por sí implica un camino hacia el deterioro y una vulnerabilidad extraordinaria a los eventos de la vida diaria que tienden a precipitar nuevas crisis en los pacientes.

Schmuttermayer (1983) combinó el empleo de diversas técnicas de producción y escucha musical para reducir la ansiedad y mejorar la comunicación de un grupo de pacientes con esquizofrenia. La comunicación fue evaluada a través de las observaciones y de formas de autorreporte empleando una lista de adjetivos. La comunicación parecía mejorar cuando se creaba un ritmo común al grupo. La actividad aumentaba cuando se tocaban instrumentos pero disminuía cuando bailaban o escuchaban música. Aunque los autores reportan que la ansiedad aumentaba cuando tocaba instrumentos y cuando bailaban, lo cual se manejaba dentro del contexto terapéutico. El canto reducía la ansiedad. Aldridge (1993) planteó que es posible que en este estudio se observe que el ritmo permitía el control emocional debido a su predictibilidad.

Es posible que el estudio de Pavlicevic y Trevarthen (1994, 1989) sea hasta ahora la investigación con la metodología más rigurosa para estudiar el empleo de la musicoterapia con pacientes de esquizofrenia. En este estudio los autores compararon a dos grupos de pacientes con esquizofrenia, uno control y uno experimental. A éste último se le sometió a 10 sesiones de musicoterapia individual de tipo de improvisación clínica. Se compararon las calificaciones del BPRS y del SANS de ambos grupos así como las características de sus improvisaciones. Los autores encontraron al comparar los grupos entre sí mismos que los pacientes del grupo control no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del BPRS y del SANS. Los sujetos del grupo experimental, mostraron una disminución significativa después del tratamiento en las puntuaciones del BPRS y en todas las secciones del SANS excepto en la de apatía. Los sujetos del grupo control empeoraron en las puntuaciones del BPRS que se refieren a hostilidad y retraimiento, en las secciones de alergia e inatención del SANS:

Al comparar ambos grupos de estudio, los autores encontraron que los sujetos del grupo experimental que asistieron regularmente a las sesiones semanales de musicoterapia mostraron una mejoría significativa en su estado clínico- de acuerdo con el

BPRS, en comparación con el grupo control. En cuanto a las improvisaciones, los sujetos del grupo control mostraron una mejora muy pequeña, no significativa en la longitud de las improvisaciones. Otra observación que resulta de este estudio es que los pacientes con esquizofrenia mejoraron en su estado clínico y en su interacción con el terapeuta como consecuencia de un programa de improvisación musical clínica (Pavlicevic, Duncan y Trevarthen, 1994). Los autores afirman que además, la musicoterapia individual facilitó la interacción social, el desarrollo de interacciones personales cercanas y las habilidades de comunicación. Pavlicevic reportó que cuando trabajó a con los pacientes con esquizofrenia crónica con técnicas de improvisación clínica, su interacción musical tendía a ser perseverante y estereotipada, lo cual es un reflejo de su pobre capacidad de comunicación. (Pavlicevic, y cols. 1994). La autora informa que la interacción musical en la improvisación se modificó cualitativamente a lo largo del tratamiento. Este estudio también encontró que en los pacientes con esquizofrenia que asistían a musicoterapia las calificaciones del BPRS se mantenían estables, y que no presentaban mayor deterioro mientras estaban en tratamiento.

En China, Tang, Yao, y Zheng, (1994), informaron sobre un estudio en el que emplearon técnicas de musicoterapia tanto pasiva (escuchar música) como activa (canto en grupo) con pacientes con esquizofrenia. Los resultados indican que se observó una disminución en los síntomas negativos, en el aislamiento social y un incremento en su habilidad para conversar con otros. La definición de la musicoterapia y la metodología de este estudio no son estrictas.

Aldridge (1993) afirma que a pesar de los avances del tratamiento aun es difícil hacer investigación con pacientes con esquizofrenia y con pacientes psicóticos.

El empleo de las técnicas de la musicoterapia requiere de la participación activa del paciente con el terapeuta y/o con el grupo. Esto es especialmente benéfico cuando precisamente las mayores limitaciones que presenta el paciente son en las áreas de la comunicación, de la interacción con otras personas y de la expresión de las emociones. El encuentro dentro de la música requiere del contacto del paciente con el otro o los otros en un contexto estructurado donde la comunicación y la expresión no verbales son diseñadas para tener una experiencia gratificante y de éxito.

4.11 Antecedentes de investigación sobre musicoterapia en México.

En México la musicoterapia ha sido empleada como una de las intervenciones terapéuticas en el programa de rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica (Díaz, Rascón, Valencia, Unikel, Murow, Rascón, Leños y Ortega, 1999; Dfaz, Murow, Ortega, Valencia, Rascón y Ramírez, 1996)

Hasta el inicio de esta investigación se había trabajado con tres grupos de estudio. Cada una de las intervenciones tuvo 12 meses de duración cada uno. Éste trabajo consistió de tres fases: 1) la evaluación integral de los pacientes, incluyendo la evaluación específica para el bloque de terapias de artes que incluía la terapia de danza y movimiento expresivo y la musicoterapia, 2) la intervención terapéutica, y 3) la evaluación de los resultados de las acciones terapéuticas.

Estos estudios tuvieron un diseño de comparación pretest- postest de un grupo control y uno experimental. Éste último participó en un programa de terapias múltiples en el que además de la administración y control de fármacos, se brindó a los pacientes psicoterapia de grupo e individual, terapia psicosocial, musicoterapia y terapia de danza y movimiento expresivo, y actividades manuales y artísticas. Además, los sus familiares de los pacientes recibieron terapia familiar en grupo de contenido psicoeducativo y terapia unifamiliar. El grupo control recibió únicamente tratamiento farmacológico y asistencia psiquiátrica.

Los objetivos de la musicoterapia en este proyecto de investigación fue mejorar el autoconcepto, las relaciones interpersonales, y el empleo del tiempo libre. Los pacientes fueron evaluados antes y después del tratamiento empleando el Music/Activity Therapy Intake Assessment for Psychiatric Patients (Evaluación inicial para el ingreso a musicoterapia y/o terapia de actividades para pacientes psiquiátricos, Braswell, 1986).

Este instrumento consta de tres partes, 1) una ficha de identificación, 2) un cuestionario sobre empleo del tiempo libre y 3) una escala de actitudes de tipo Likert la cual investiga el autoconcepto, las relaciones interpersonales y altruismo/optimismo.

Inicialmente este instrumento fue traducido y piloteado con personas que no eran pacientes psiquiátricos y con pacientes hospitalizados en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Esta aplicación fue únicamente para comprobar la comprensión de las

preguntas. Posteriormente se corrigió la redacción de algunas de ellas y se procedió a aplicarlo a los pacientes de la investigación. (Murow y Unikel, 1997).

Se realizó un análisis de confiabilidad de la escala de actitudes (sección tres del instrumento) en una población mexicana de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica (N=101) el cual arrojó un α de Cronbach = 0.89, considerándose éste un grado alto de confiabilidad.

Los resultados muestran que en los dos primeros de estudio existían diferencias significativas entre el grupo control y experimental en las escalas de relaciones interpersonales. En el primer grupo de estudio también se observaron diferencias estadísticamente significativas en la escala de autoconcepto mientras que en el segundo grupo se observaron diferencias significativas en la escala de altruismo/optimismo. (Murow y Unikel, 2001). En el 3er grupo de estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las escalas.

Limitaciones de estos estudios

Una de las limitaciones más importantes de este estudio es que era imposible afirmar que los cambios observados se debían a la musicoterapia ya que los pacientes se veían expuestos a varias terapias simultáneamente, por lo que es de suponerse que es el efecto del conjunto de intervenciones - que incluía la musicoterapia- el que se estaba evaluando. Otra limitación importante era que el número de sujetos en el grupo control disminuía significativamente desde el inicio hasta el final del tratamiento, debido a que un año era demasiado tiempo para no tener tratamiento psicosocial por lo que los pacientes recurrían a otras instancias (instituciones o grupos) a buscarlo lo cual estrictamente les quitaba la característica de "sujetos controles"- o desertaban como pacientes del programa o de la institución. Los instrumentos de evaluación también presentaban una limitación importante. En el caso del instrumento de Braswell (1986) empleado para evaluar los objetivos de la musicoterapia y de la terapia de danza, se observó que debido al déficit cognitivo consecuencia de la esquizofrenia, algunos pacientes no comprendían algunas preguntas del cuestionario, también se observó que las respuestas al mismo variaban mucho dependiendo más del estado de ánimo de los pacientes en el momento de la evaluación, que de los cambios consecuencia del tratamiento. (si les tocaba evaluación un día que estaban deprimidos o enojados las

respuestas se modificaban notablemente). Debido a la forma cómo se presentaban las respuestas en una escala de Likert de 5 grados, en general los pacientes tendían a responder en el centro (la respuesta 3) lo cual daba poca variabilidad a las respuestas.

En cuanto a las respuestas, también se observó que en ocasiones el tener una calificación más baja indicaba que los pacientes tenían un mejor contacto con la realidad y por lo tanto más conciencia de las limitaciones producto de la enfermedad, y que habían mejorado en su funcionamiento, lo cual no se reflejaba en las calificaciones por sí mismas. Todo lo anterior hacía que el instrumento diseñado por Braswell y cols. no fuera el más adecuado para evaluar cambios producto de la terapia en estos pacientes, por lo que se hizo necesario desechar este cuestionario y buscar para este estudio nuevos instrumentos para evaluar el cambio producto de la terapia.

Probablemente la limitación más importante fue que era imposible separar y reconocer los efectos de las diferentes intervenciones psicosociales, para estudiar los efectos de cada una de ellas y para objeto de esta investigación, de la musicoterapia. Todo lo anterior llevó a la del diseño del programa de tratamiento y la metodología para llevar a cabo la investigación del presente estudio.

4.12 Conclusiones:

La revisión de la literatura científica sobre musicoterapia indica que ha habido una evolución a través de los años, en la que se observa un cambio hacia una estructura metodológica más estricta.

Al revisar las investigaciones, vale la pena comentar sobre algunos aspectos específicos. Algunos estudios tienen deficiencias metodológicas como son la falta de definición de objetivos e incluso la definición de lo que es musicoterapia, así como la falta de grupos de comparación. El estudio de Pfeiffer y cols. (1987) los autores consideran como obstáculo para obtener resultados positivos sobre la intervención con musicoterapia el hecho de que los sujetos presenten comorbilidad con consumo de alcohol y/o drogas, y mencionan la psicosis es un elemento que da mayor vulnerabilidad a los pacientes para recaer y por lo tanto para ser tratados con éxito. Es bien sabido que los pacientes con esquizofrenia con frecuencia tienen dificultades con el abuso de sustancias y que justamente el mismo diagnóstico implica una dificultad para su tratamiento. Otra deficiencia en ese estudio –y con la que nos hemos encontrado en nuestro trabajo, que es

la del grupo control de sujetos de lista de espera, termina no siendo control debido a que reciben otro tipo de intervención debido a la necesidad de atención y al tiempo que deben pasar sin tratamiento psicosocial. .

Probablemente una de las faltas metodológicas más importantes es la falta de una definición de qué es la musicoterapia como intervención terapéutica sistematizada, lo cual se puede poner a consideración en los estudios de Pfeiffer y cols. (1997) de Schmuttermayer (1983) y de Meschede y cols (1983) en lo cuales no se definen las técnicas de musicoterapia claramente. Esto mismo se puede decirse del estudio de Tang y cols. (1994) en el cual es claro que la definición de musicoterapia es totalmente distinta de lo que se encuentra en los estudios hechos en el mundo occidental pero sobre todo que las técnicas aplicadas no caen bajo ningún concepto dentro de lo que se considerar como musicoterapia, de acuerdo con Bruscia. (1998) y la NAMT (1980).

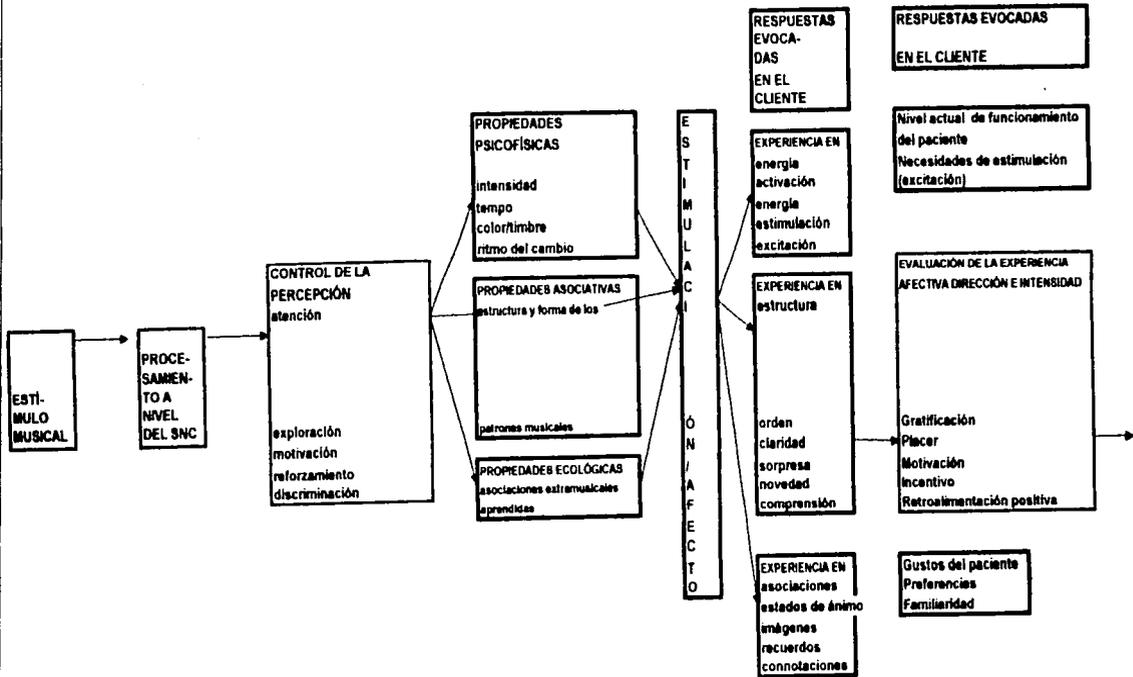
Es necesario considerar como una de las dificultades en estos estudios el tamaño de la muestra te estudio lleva a considerar que en general, el tamaño de las muestras de estudio. Los estudios de Pfeiffer y cols. (19987), Meschede y cols. (1983) y Sschuttemayer y cols.(1983) tienen menos de 15 sujetos: el estudio de Pavlicevic y cols. (1994) presenta 45, de los cuales sólo 15 son esquizofrénicos, el resto es la muestra de estudio (pacientes con depresión y sujetos normales). El estudio de Tang y cols. dice que tiene 76 sujetos, pero es bien claro, por lo menos a los ojos de la autora de este trabajo que eso no se puede considerara como un trabajo de musicoterapia. Los estudios previos de la autora (Murow y Unikel. 1997, 2001) hablan de muestras más grandes (16, 21 y 24 sujetos en cada uno de los grupos de estudio) pero éstos no sólo recibieron musicoterapia, sino un paquete de intervenciones terapéuticas.

Es interesante observar que cada vez se realizan menos investigaciones con pacientes psiquiátricos, y en especial con pacientes con esquizofrenia. El estudio más reciente que se ha encontrado con pacientes psiquiátricos es el de De L'Etoile (2002) quien trabajó con un grupo de pacientes con diversos diagnósticos y quien no reporta resultados concluyentes es su investigación, además de que la muestra era muy pequeña (9 sujetos). Como se mencionó anteriormente probablemente el trabajo de Pavlicevic y cols. (1994) es el que presenta un rigor metodológico adecuado, emplea instrumentos

clinimétricos empleados en otras disciplinas (el BPRS) así como instrumentos específicos para la evaluación del proceso de musicoterapia.

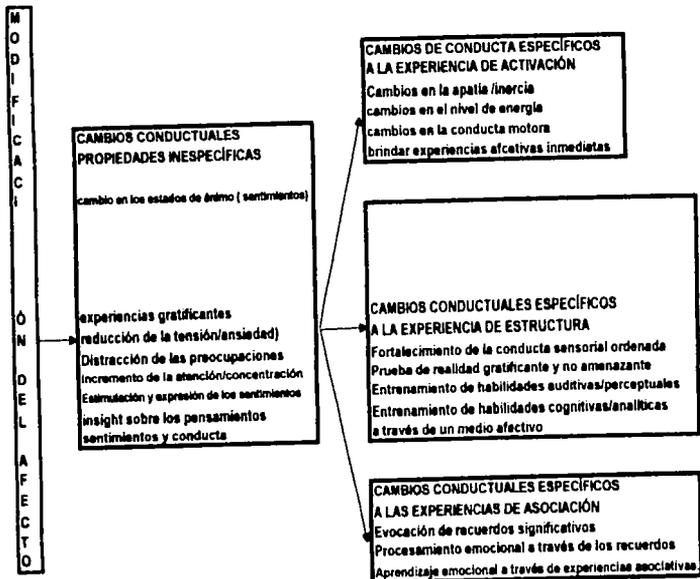
Probablemente la falta de estudios con este tipo de población se debe a que los fondos para hacer investigación se dirigen hacia otro tipo de padecimientos, ya que en buena medida los medicamentos resuelven una parte importante de la sintomatología ya de los pacientes psiquiátricos y en este caso los de esquizofrenia, hay que considerar que las mejorías que se reportan de los tratamientos psicosociales tienden a ser modestas, por lo que no pareciera que hacer investigación con estos pacientes pudiera ser atractivo. (como se informa en el capítulo de tratamientos psicosociales). Sin embargo y a pesar de las limitaciones, el presente estudio pretende mostrar los beneficios de la musicoterapia como un tratamiento psicosocial útil para los pacientes con esquizofrenia.

MODELO DEL PAPEL DE LA PERCEPCIÓN AUDITIVA EN LA MUSICOTERAPIA (1)



03
3

MODELO DEL PAPEL DE LA PERCEPCIÓN AUDITIVA EN LA MUSICOTERAPIA (2)



83-7

ESTUDIOS DE MUSICOTERAPIA Y ESQUIZOFRENIA

AUTORES	TIPO DE PACIENTES	DISEÑO	VARIABLES INDEPENDIENTES	VARIABLES DEPENDIENTES	TÉCNICAS DE MUSICOTERAPIA EMPLEADAS	RESULTADOS REPORTADOS
Meschede, Bender y Ofeiffer (1983)	Esquizofrenia crónica (N=9)	Observacional	Actividades musicales	Observaciones conductuales empleando un cuestionario. Autorreporte empleando un cuestionario	Actividades musicales en grupo para estimular la comunicación y mejorar el estado de ánimo	Los pacientes reportaron que se sentían más motivados, con mejor estado de ánimo y sentimientos positivos por "haber compartido la responsabilidad"
Schmuttermayer (1983)	Pacientes con esquizofrenia crónica en un hospital psiquiátrico (N=10)	observacional	Tocar instrumentos, bailar, cantar, escuchar música	"ansiedad" y "actividad". Se emplearon observaciones conductuales y una forma de autorreporte.	Actividades de grupo "activas" y "pasivas" para promover la comunicación y como ansiolítico.	Mejóro la comunicación, tocar instrumentos mejora la actividad, cantar reduce la ansiedad.
Pfeiffer, Wunderlich, Bender, Elz y Horn (1987)	Pacientes externos esquizofrénicos y psicóticos en un hospital psiquiátrico (N=14)	Estudio de comparación de 2 grupos. Grupo control de lista de espera.	Grupo de musicoterapia vs. Grupo de lista de espera	Observaciones conductuales empleando un cuestionario	Improvisación musical para mejorar la comunicación	El estudio no presenta conclusiones definitivas ya que todos los pacientes se beneficiaron pero no mejoró la conducta social ni la recreación.

Pavlicevic y Trevarthen (1989, 1994)	Pacientes con esquizofrenia y con depresión en pacientes externos en un hospital psiquiátrico (N=45)	Estudio controlado de comparación de 3 grupos: esquizofrenia, depresión y sujetos normales.	Esquizofrenia, depresión o normales	Observaciones conductuales. Calificación de síntomas; índice de contacto musical entre paciente y terapeuta. BPRS.	Sesiones de improvisación musical para mejorar la comunicación y la Expresión emocional	Diferencias significativas en la forma de tocar de los pacientes con esquizofrenia y con depresión. Los pacientes con esquizofrenia mejoraron su estado clínico y su interacción con el terapeuta. (Con esquizofrenia se mantuvieron estables).
Tang (1994)	Pacientes internos con esquizofrenia (N=76)	Dividido en dos el grupo de estudio, uno con musicoterapia otro sin tratamiento.	Esquizofrenia agudos	SANS, DAS, observaciones del personal	Sesiones de escuchar música con audifonos 4 veces por semana, cantos en grupo 1 vez por semana	Diferencias significativas en los síntomas negativos. Disminución en el retraimiento social y mejoría en las habilidades de conversación.
Murow y Unikel, (1997),	Pacientes con esquizofrenia crónica (N=42)	Pretest-postest de comparación de grupo experimental y control.	Conjunto de intervenciones terapéuticas entre las que se encontraba la musicoterapia	Autoconcepto, relaciones interpersonales y altruismo optimismo, evaluados por el cuestionario de Braswell y cols.	Musicoterapia basada en actividades musicales	Diferencias estadísticamente significativas entre grupo control y experimental en las subescalas de autoconcepto, relaciones

				(1986)		interpersonales y altruismo/optimismo
Murow y Unikel, (2001)	Pacientes con esquizofrenia crónica (N=37)	Pretest-postest de comparación de grupo experimental y control.	Conjunto de intervenciones terapéuticas entre las que se encontraba la musicoterapia	Autoconcepto, relaciones interpersonales y altruismo optimismo, evaluados por el cuestionario de Braswell y cols. (1986)	Improvisación musical clínica	Diferencias estadísticamente significativas entre grupo control y experimental en las subescalas de relaciones interpersonales y altruismo/optimismo

Capítulo 5 MÉTODO.

5.1. Preguntas de investigación:

¿De que manera contribuye la musicoterapia al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia crónica? ¿Qué habilidades y áreas del funcionamiento se modifican en los pacientes con esquizofrenia como consecuencia del tratamiento de musicoterapia?

5.2. Objetivos:

5.2.1 Objetivo general:

Determinar los efectos de la musicoterapia para desarrollar habilidades sociales y mejorar el funcionamiento general en los pacientes con esquizofrenia crónica.

5.2.2 Objetivos específicos

- ❖ Identificar que conductas o componentes del funcionamiento de los pacientes que se modifican como consecuencia del tratamiento con musicoterapia.
- ❖ Determinar si la musicoterapia puede mejorar algunos síntomas negativos en los pacientes con esquizofrenia.
- ❖ Determinar si la musicoterapia modifica el reporte de los familiares sobre el funcionamiento del paciente en el hogar.
- ❖ Determinar si la musicoterapia modifica las habilidades de comunicación no verbal de los pacientes como medio para mejorar su interacción interpersonal.

5.3. Hipótesis

H1

Habrá diferencias estadísticamente significativas en la funcionalidad y discapacidad de los sujetos del grupo de musicoterapia antes y después del tratamiento, al compararlos con los grupos de Terapias múltiples (TM) y de Terapia Psicosocial (TP).

H2

Habrá diferencias estadísticamente significativas en la cantidad los síntomas negativos de los sujetos del grupo de musicoterapia antes y después del tratamiento al compararlo con los grupos de terapia psicosocial y de intervenciones múltiples.

H 3

Habrá diferencias el reporte que los familiares hacen del funcionamiento en el hogar del paciente entre los grupos de tratamiento antes y después del mismo.

H 4

Los sujetos que participan en el tratamiento de musicoterapia mostrarán diferencias en las habilidades sociales antes y después del tratamiento.

5.4. Variables

5.4.1 Variable independiente: La musicoterapia

Definición conceptual:

La National Association for Music Therapy define la musicoterapia como "el uso de la música por una persona calificada para producir cambios positivos en su funcionamiento psicológico, físico, cognitivo o social en personas con problemas o dificultades de salud o educativos". Y agrega que es la aplicación sistemática de la música, conducida por un musicoterapeuta dentro de un ambiente terapéutico, para lograr los cambios deseados en el individuo que está en tratamiento, de manera que pueda tener una mejor comprensión de sí mismo y del mundo que le rodea, y así lograr una mejor adaptación a la sociedad". (NAMT, 1980).

Bruscia (1998), define a la musicoterapia como " un proceso de intervención sistemática, en el cual el terapeuta ayuda al paciente a lograr la salud, a través de experiencias musicales y de las relaciones que se desarrollan a través de ellas como las fuerzas dinámicas para el cambio".

Definición operacional: Se define a la musicoterapia como el tratamiento que emplea la música, en este caso métodos de improvisación musical clínica, para desarrollar las habilidades sociales de los pacientes con esquizofrenia. El procedimiento se describe detalladamente en el apartado de procedimiento terapéutico.

5.4.2 Variables dependientes:

5.4.2.1. Funcionalidad y Discapacidad

Definición conceptual.

Según la Clasificación internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF; OMS, 2001) el funcionamiento es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos

positivos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales.

Definición operacional: la funcionalidad y discapacidad se definen por las puntuaciones obtenidas por los pacientes en el cuestionario WHO-DAS (OMS, 1999) en los 6 dominios evaluados por el instrumento.

5.4.2.2. Síntomas negativos:

Definición conceptual: Son aquellos síntomas que aparecen durante o después de la fase activa de la esquizofrenia y que se manifiestan como restricciones en el rango e intensidad de la expresión del afecto (aplanamiento afectivo) en la fluidez y productividad del pensamiento y del lenguaje (alogia) y en el inicio de la conducta dirigida a una meta (abulia) (APA, 1994)

Definición operacional: la presencia de síntomas negativos fue evaluada por la subescala de síntomas negativos de la Escala de PANSS. (Kay, Opler, y Lindenmayer, 1989)

5.4.2.3. Habilidades sociales:

Definición conceptual: se refieren a los recursos con los que cuenta una persona para "expresar los sentimientos positivos y negativos dentro del contexto interpersonal". Estas habilidades se emplean en una gran variedad de contextos de interacción social e implican la emisión adecuada de las respuestas verbales y no verbales. (Mueser y Bellack, 1998)

Definición operacional:

A través del análisis de las videograbaciones de las sesiones terapéuticas se evaluó la presencia o ausencia de ciertas conductas no verbales a través de una lista de cotejo elaborada por la autora de este trabajo, que incluye las habilidades no verbales, paralingüísticas y de equilibrio (de acuerdo con las definiciones de Mueser y Bellack, 1998).

5.4.2.4. Funcionamiento social en casa.

Definición conceptual:

Se refiere a las conductas en diversas áreas del funcionamiento de la vida diaria que presentan los pacientes en su hogar y que con frecuencia interfieren en el funcionamiento del núcleo familiar, estas pueden ser, entre otras, la falta de motivación que se refleja en

inactividad, la falta de cooperación para realizar las actividades del hogar, las conductas, la falta de relaciones sociales dentro y fuera de la familia, entre otras.

Definición operacional:

Se refiere a la respuesta que dio el familiar responsable al Informe del Familiar sobre el Funcionamiento en Casa del Paciente con Esquizofrenia (Murow,2001)

5.5. Tipo y diseño del estudio

5.5.1 Tipo de estudio

Este es un estudio cuasi- experimental pretest-postest en el que se compararon tres grupos de tratamiento: un grupo de terapias múltiples, un grupo de terapia psicosocial y un grupo de musicoterapia.

5.5.2 Diseño

El diseño de este estudio fue cuasi experimental de línea base prospectivo de evaluación pretest postest (Cambell y Stanley 1973) de tres grupos comparativos con tres intervenciones: musicoterapia , terapia psicosocial con un enfoque psicoeducativo, (Valencia, 1999) y con un grupo de estudio de pacientes que asistió a un grupo de tratamiento en el que reciban terapias múltiples. Los grupos de tratamientos de terapias múltiples y terapia psicosocial sirvieron como grupos de comparación para el grupo de musicoterapia.

Asimismo se comparó el grupo de musicoterapia consigo mismo antes y después del tratamiento en lo que respecta a las habilidades sociales

6. Participantes:

El grupo de participantes que inició el estudio fue de 48 sujetos, 42 de ellos terminaron el tratamiento 6 meses después . El cuadro 1 muestra la distribución del número de sujetos asignados por grupo de tratamiento que inició el tratamiento estuvo formado por 42 participantes, 13 en el grupo de terapias múltiples, 14 en el de terapia psicosocial y 15 en el de musicoterapia. (Cuadro 1)

Como se puede observar, en el grupo de musicoterapia solamente hubo una baja misma que no se considera deserción, ya que en el caso de ese sujeto se excluyeron los datos para el análisis estadístico ya que este participante, siguió asistiendo a tratamiento y debido a que tuvo una recaída y su médico tratante consideró necesaria otra intervención terapéutica ya no llenaba uno de los criterios de aceptación que era que estuviera en

ningún otro tratamiento salvo el que se ofrecía en este programa.

Cuadro 1 deserciones del grupo de tratamiento

Modalidad terapéutica	No. De S al inicio	No. De sujetos al final del tratamiento
Musicoterapia	16	15
Terapia psicosocial	17	14
Terapias múltiples	15	13
Total	48	42

Los participantes eran pacientes de la clínica de esquizofrenia de la consulta externa del Hospital del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" y debían llenar los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según los criterios del del DSM-IV o del CIE-10, evaluados a través del CIDI (Robins, 1990).
- Con estabilidad o ausencia de síntomas positivos
- Edad entre 16 y 45 años de edad
- Tener la primaria terminada
- Tener un familiar responsable del paciente que se éste asistiera a tratamiento.

Criterios de exclusión:

- No tener síntomas positivos que impidan la participación del paciente en el grupo
- No tener efectos secundarios severos a los medicamentos.
- No tener déficits cognitivos importantes de acuerdo con el criterio del médico tratante.
- No llenar alguno de los criterios de inclusión.

El análisis estadístico de las características sociodemográficas de los participantes del estudio muestran que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Las características sociodemográficas de los participantes en el tratamiento se presentan en los cuadros 2 y 3. El grupo de terapias múltiples se especifica con las siglas T.M., el grupo de terapias psicosociales con T.P. y el de Musicoterapia con M.T.

Cuadro 2. Edad, escolaridad y edad de inicio de la enfermedad del grupo de estudio

	MUESTRA TOTAL (N=42)		T.M. (n=13)		T.P. (n=14)		M.T. (n=15)	
	AÑOS (X)	DE	AÑOS (X)	DE	AÑOS (X)	DE	AÑOS (X)	DE
EDAD	30.63	+7.2	29.8	+6.1	29.6	+7.7	32.1	+7.7
ESCOLARIDAD	11.95	+2.5	11.3	+2.3	11.42	+2.8	13	+2.2
EDAD DE INICIO DEL PADECIMIENTO	22.5	+5.9	22.6	+4.4	20.33	+6.3	24.2	+6.3

Como se observa, la media de edad de los pacientes es alrededor de los 30 años en todos los grupos, siendo un poco mayor en el grupo de musicoterapia. La media de escolaridad es de casi 12 años para la muestra total y de 13 años para el grupo de musicoterapia. En cuanto a la edad de inicio del padecimiento, éste comenzó para la muestra total alrededor de los 22.5 años y en el grupo de musicoterapia la edad es un poco mayor de los 24.2 años, en comparación con los otros grupos. El análisis estadístico indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables demográficas.

Cuadro 3. Sexo, estado civil y ocupación de los participantes

	MUESTRA TOTAL (N=42)		T.M. (n=13)		T.P. (n=14)		M.T. (n= 15)	
	N	%	N	%	N	%	n	%
SEXO								
Femenino	10	23.8	1	7.7	4	28.6	5	33.3
Masculino	32	76.2	12	92.3	10	71.4	10	66.7
ESTADO CIVIL								
Soltero	33	78.6	11	84.6	14	100	8	53.3
Casado	3	7.1	0	0	0	0	3	20
Separado	6	14.2	2	15.4	0	0	4	26.6
OCUPACION								
Trabaja	14	33.3	3	23.1	6	42.9	5	33.3
No trabaja	28	66.7	10	76.9	8	57.1	10	66.7
TIENE HIJOS								
Sin hijos	34	81	11	84.6	14	100	9	60
Con hijos	8	19	2	15.4	0	0	6	40

Como se observa en el Cuadro 3, casi una cuarta parte de los participantes en el estudio eran mujeres, siendo el porcentaje de ellas en el grupo de musicoterapia. En este mismo grupo, se observó un mayor número de participantes casados y separados, así

como con hijos. Esta fue una variable que no se controló para realizar la distribución aleatoria de los sujetos a los grupos de tratamiento. Una tercera parte de los participantes del grupo de musicoterapia trabajaban, porcentaje similar al de la muestra total. Como en el caso de las variables del cuadro anterior, no se encontraron en éstas diferencias estadísticamente significativa entre los grupos.

7. Instrumentos.

Los sujetos fueron evaluados con los siguientes instrumentos al principio y al final del tratamiento (Pretest-postest).

7.1 El World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO-DAS II, 1998).

Este instrumento es una cédula que permite dar un rango al nivel de funcionalidad de los pacientes psiquiátricos. Éste fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y es conceptualmente compatible con la revisión más reciente de la Clasificación Internacional de Discapacidades (ICIDH-2) (OMS; 2001). Actualmente se encuentra en las últimas etapas para su aprobación

Los dominios del funcionamiento que evalúa el WHO-DAS II son:

- Comprensión y comunicación
- Movilidad. (Moverse y trasladarse)
- Autocuidado
- Estar con la gente
- Actividades de la vida diaria (hogar y trabajo)
- Participación en la sociedad.

El WHO-DAS evalúa discapacidad psiquiátrica y es una herramienta sencilla para evaluar los trastornos que se refieren a la adaptación social y a la conducta de pacientes que tienen un trastorno mental. La versión actual (WHO-DAS II) representa una versión completa y refleja la forma de pensar de la OMS con respecto a la funcionalidad y a la discapacidad. Su construcción ha sido transcultural y trata a todos los trastornos de la misma manera cuando de trata de determinar el nivel de funcionamiento.(OMS).

Se han realizado estudios psicométricos extensos sobre el instrumento, mismo que originalmente tenía 89 reactivos. Con base en los análisis psicométricos iniciales y después de más estudios de campo, en 1999 el instrumento fue reducido a 36 reactivos y

a uno de 12 con fines de tamizaje. A fines de 1999 se realizaron pruebas de validez y de confiabilidad en 16 centros en 14 países. Actualmente se realizan estudios para probar su sensibilidad al cambio y su validez predictiva.

El instrumento de 36 reactivos posee excelentes propiedades psicométricas. De él emerge una estructura jerárquica de dos niveles: los reactivos cargan en uno de los 6 dominios, los cuales a su vez "cargan" en un factor general de discapacidad. Todos los dominios tienen una carga factorial de por lo menos 0.7. Las preguntas se califican en una escala de 1 (nada) al 5 (dificultad extrema). El paciente responde a cada una de las preguntas con alguna de las opciones anteriores. Mientras mas baja es la calificación, menor es el grado de discapacidad que presenta en las diferentes áreas.

7.2. La Escala para la evaluación de síntomas positivos y negativos (Positive and Negative Syndrome Scale). La escala de PANSS (Kay, 1989; Kay, Opler, y Lindenmayer, 1989) sirve para evaluar síntomas positivos y negativos. Esta escala consta de 30 reactivos distribuidos en tres subescalas que son la de Síntomas Positivos, la de Síntomas negativos y la de Psicopatología General. La suma de las puntuaciones de las tres escalas da una calificación total. La escala de Síntomas Positivos tiene en 7 reactivos y califica síntomas como delirios, desorganización conceptual, alucinaciones, suspicacia, excitación, grandiosidad y hostilidad. La escala de síntomas negativos tiene 7 reactivos y evalúa el afecto embotado, la empatía limitada, la apatía, la dificultad para el pensamiento abstracto, la dificultad para la conversación fluida y el pensamiento estereotipado. Los 16 reactivos restantes componen la Escala de Psicopatología General que valora los síntomas como la ansiedad, depresión, desorientación etc. Los autores han elaborado esta misma escala en español y tiene características psicométricas similares a la versión original. (Kay, 1990). En México se han realizado dos estudios de confiabilidad de la escala a (Herrera-Estrella M. y cols, 1993; Ortega, HA y cols., 1995).

7.3. Informe del familiar sobre el funcionamiento en el hogar del paciente con esquizofrenia (Murow, 2001)

El Informe del Familiar sobre el Funcionamiento en el Hogar del Pacientes con Esquizofrenia (Murow, 2001) fue construido específicamente para este estudio con el objeto de tener una medida paralela del cambio terapéutico observado por una fuente distinta a la de los profesionales que trabajan con los pacientes o del paciente mismo, en

este caso, un familiar cercano al paciente. El objetivo de este instrumento es evaluar el funcionamiento cotidiano de los pacientes en el hogar.

Para elaborar en este cuestionario se hizo una revisión de la bibliografía que incluyó artículos sobre la experiencia de los cuidadores de pacientes con enfermedades mentales severas (Szmukler, Burgess, Herman, Benson, Colusa y Bloch, 1996), sobre la percepción de las necesidades de los familiares con pacientes con esquizofrenia, (Barrowclough, Marshall, Lockwood, Quinn y Sellwood, 1998; Marshall, 1994); sobre el concepto de "carga" causado por la enfermedad y la forma de medirla (Schene, Tessler y Gamache, 1994). Se tomaron algunos de los conceptos de la literatura aunque no se encontraron reportes sobre instrumentos hechos específicamente para que los familiares reporten el cambio en el funcionamiento de pacientes participantes en intervenciones terapéuticas. Se tomó como fuente principal las preocupaciones y quejas que expresaban los familiares de los pacientes con esquizofrenia a quienes se había tratado en otros grupos de tratamiento en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Para ello se hicieron 3 entrevistas grupales a los padres de un grupo de pacientes con esquizofrenia (n= 7) que habían estado en tratamiento de musicoterapia. Se les preguntó qué era lo que más les molestaba del comportamiento de sus pacientes en casa como consecuencia de su enfermedad y que áreas habían visto cambios. A partir de la información obtenida se elaboraron las preguntas del cuestionario, mismo que en su versión final consta de dos partes:.

La primera tiene tres preguntas abiertas en las que se pregunta a los familiares

1. ¿cuales son los principales problemas de su paciente en su vida diaria relacionados o debidos a la esquizofrenia,
2. ¿cuales son los cambios que esperan en su paciente como consecuencia del tratamiento?, y
3. ¿cuales son los cambios que esperan que ocurran en su familia como consecuencia del tratamiento?.

La segunda parte consta de 53 reactivos que se responden en una escala de tipo Likert del 1(nunca) al 4 (siempre).

Estas áreas surgieron de las respuestas de los familiares a las preguntas abiertas, que coinciden con las áreas de dificultades que se habfan identificado previamente en las entrevistas mencionadas y en el trabajo clínico

Las áreas que se evalúan son:

- Adherencia terapéutica. Se refiere al cumplimiento con el tratamiento médico/farmacológico, específicamente tomar los medicamentos a regularmente como les fueron prescritos y la asistencia a las citas con el psiquiatra como están programadas. Asimismo se considera un componente de responsabilidad por parte del paciente en el que él tiene que hacerlo por si mismo sin que el familiar tenga que "obligarlo a hacerlo"
- Agresividad. Se refiere a la conducta de agresión (o ataques) verbal o físico del paciente hacia los demás
- Expresión del afecto. Se refiere a las conductas a través de las cuales el paciente hace conocer o expresa los sentimientos positivos o negativos(como se siente hacia los demás) de manera verbal y no verbal
- Autocuidado se refiere a las conductas específicas de hacerse cargo de su limpieza personal y de su apariencia.
- Comunicación. La conducta de tratar abiertamente (explícitamente) de manera verbal, cualquier tópico que sea necesario, tanto de contenido positivo como negativo, entre el familiar y el paciente.
- Conciencia de enfermedad. Reconocimiento abierto tanto por parte del familiar como del paciente que éste último padece esquizofrenia.
- Empleo del tiempo libre. Se refiere a la capacidad del paciente de emplear su tiempo de ocio de manera divertida o entretenida para él (esta categoría se incluyó después del análisis de la validación de los expertos)
- Funcionamiento en casa. Se refiere a las conductas de colaboración y participación en las labores y actividades del hogar.
- Funcionamiento cognitivo. Se refiere a las funciones cognitivas que son mas claras o evidentes para los familiares como son la atención y la concentración y la comprensión del lenguaje verbal.

- Hábitos. Son las conductas que se realizan automáticamente por aprendizaje previo y que no se modifican, porque no es capaz de hacerlo o porque no implican un conflicto para él.
- Funcionamiento laboral. Se refiere a tener un trabajo formal fuera de casa (además de las actividades del hogar)
- Relaciones familiares. Se refiere a la forma y frecuencia con la que el paciente interactúa con sus familiares que viven en casa.
- Relaciones interpersonales. Se refiere a los vínculos interpersonales que el paciente tiene fuera del ámbito familiar, y que son esperados de acuerdo con su edad y estado civil.
- Equivalentes de síntomas negativos. Se refiere a una disminución de las funciones que se expresa en conductas en las que están ausentes la iniciativa, la motivación y la energía para realizar actividades cotidianas.
- Síntomas positivos. Se refiere a las conductas consecuencia de los clínicamente llamados síntomas positivos. Estas conductas pueden ser consecuencia de trastornos en el pensamiento, principalmente de ideas delirantes.
- Malos hábitos o conductas disruptivas. Se refiere a conductas de tipo antisocial en las que el paciente refleja una falta de respeto o consideración por las actividades cotidianas o la propiedad de los otros miembros de la familia. (esta categoría se incluyó después del análisis de la validación de los expertos)
- Otros. En esta categoría se incluyen las conductas que no pudieron ser acomodadas en las categorías arriba descritas.

Se aplicó el cuestionario a los familiares del grupo de estudio y a partir de las respuestas del pretest se hicieron los análisis estadísticos pertinentes.

Para conocer la confiabilidad del instrumento se hizo un análisis de consistencia interna con una muestra de 55 sujetos. 42 del grupo de estudio y 13 pacientes en lista de espera para el siguiente programa de tratamiento. Este análisis arrojó un alpha de Cronbach = de .8783.

Al mismo tiempo se pidió a un grupo de 20 expertos (14 psiquiatras y 6 psicólogos clínicos) que clasificaran los reactivos en las áreas del funcionamiento que ellos en las que consideraban que pertenecían.

Con los resultados de la validación de los expertos, los reactivos se acomodaron en un área determinada cuando existía un 70% o más de acuerdo entre los expertos, como se muestra en el ANEXO A.

Los reactivos que tenían menos del 70% **NO** se descartaron debido a que de acuerdo con la experiencia de la autora, son conductas que llegan a ser muy molestas para los familiares y que pueden ser objeto de modificación por el tratamiento, por ello se agruparon en dos categorías una de síntomas negativos, (de acuerdo con una subescala que proponen Szmukler, y cols. 1996) y otra que contiene conductas de tipo antisocial que se denominó "malos hábitos". Ninguno de estos reactivos tenía el 70% o más de acuerdo de los expertos, pero el reunirlos en otras subescalas tenía sentido desde el punto de vista teórico. Al reactivo sobre ocupación del tiempo libre se le asignó una categoría separada, que lleva ese nombre.

El cuadro 4 muestra los de reactivos que conforman cada una de las subescalas del Cuestionario en su versión final.

Cuadro 4. Número de reactivos que conforman cada una de las subescalas del Informe del Familiar sobre el Funcionamiento en el Hogar del Paciente con Esquizofrenia.

Nombre de la subsubescala o área que evalúa	Reactivos
Adherencia terapéutica	4
Agresividad	2
Autocuidado	2
Comunicación	2
Conciencia de enfermedad	2
Demostración del afecto	3
Funcionamiento cognitivo	2
Funcionamiento en casa	6
Funcionamiento laboral	1
Hábitos	7
Malos hábitos (antisocial)	4
Ocupación del tiempo libre	1
Relaciones familiares	4
Relaciones interpersonales	6
Indicadores de síntomas negativos	5
Miedo a salir (Síntomas positivos)	1

Los reactivos que forman cada una de las subescalas del Informe del familiar sobre el funcionamiento en el hogar del paciente con esquizofrenia, quedaron agrupados como siguen:

Adherencia terapéutica (4 reactivos)

¿Toma su medicamento regularmente?

¿Hay que recordarle constantemente que debe tomar su medicamento?

¿Asiste regularmente a sus citas con el médico?

¿Es necesario llevarlo al médico para que vaya?

Agresividad (2 reactivos)

¿Es agresivo?

¿Es peleonero?

Autocuidado (2 reactivos)

¿Se baña regularmente sin que se lo estén recordando?

¿Es limpio y aliñado? (en su forma de vestir)

Comunicación (2 reactivos)

¿Expresa lo que quiere o lo que necesita?

¿Usted tiene buena comunicación con su paciente?

Conciencia de enfermedad (2 reactivos)

¿Su paciente reconoce que padece esquizofrenia?

¿Usted reconoce que su paciente padece esquizofrenia?

Demostración del afecto (3 reactivos)

¿Bromea con los miembros de la familia

¿Demuestra sus sentimientos de afecto y cariño a las personas que le rodean?

¿Es simpático?

Funcionamiento cognitivo (2 reactivos)

¿Entiende lo que le dicen cuando le hablan?

¿Le cuesta trabajo poner atención y concertarse?

Funcionamiento en casa (6 reactivos)

¿Su paciente respeta las reglas de la casa?

¿Realiza las labores de la casa que le corresponden

¿Es necesario estar detrás de él (recordarle) que realice las labores de la casa que le corresponden?

¿Es lento para realizar las labores de la casa?

¿Es cooperador en casa?

¿Es responsable en cuanto a cumplir con sus obligaciones?

Funcionamiento laboral (1 reactivo)

¿Trabaja fuera de casa?

Hábitos (7 reactivos)

¿Se levanta muy tarde

¿Ve demasiada televisión

¿Duerme durante el día

¿Come mas de la cuenta?

¿Fuma demasiado?

¿Consumo alcohol o drogas?

Malos hábitos (antisocial) (4 reactivos) (esta subescala no fue resultado de la validación de expertos pero se agrupó así debido a que el análisis pre-post-test muestra cambios)

¿Sale solo a la calle?

¿Deja dormir a los otros miembros de la familia?

¿Toma las cosas de otros miembros de la familia sin pedirlos?

¿Toma dinero de otros miembros de la familia sin pedirlo?

Ocupación del tiempo libre (1 reactivo)

¿Puede ocupar su tiempo libre de manera divertida o entretenida para él?

Relaciones familiares (4 reactivos)

¿Tiene dificultades para estar con otros miembros de la familia que viven en casa?

¿Su paciente habla con otros miembros de la familia?

¿La vida familiar gira alrededor de las necesidades de su paciente?

¿Su paciente es la persona más importante en la familia?

Relaciones interpersonales (6 reactivos)

¿Su paciente tiene dificultades para relacionarse (estar) con la gente que no conoce?

¿Tiene amigos?

¿Le llama por teléfono a sus amigos?

¿Sale con sus amigos?

¿Invita a sus amigos a la casa?

¿Es respetuoso con las personas que le rodean?

Indicadores de Síntomas negativos (5 reactivos) (esta subescala no es producto de la agrupación hecha por los expertos pero el análisis pre postest indica diferencias significativas)

¿Platica espontáneamente con las personas que están con él.?

¿Es flojo?

¿Expresa que no tiene ganas de hacer las cosas?

¿Su paciente expresa que no tiene interés en la vida o que la vida no tiene sentido para él?

¿Es inconstante en lo que realiza? (comienza las cosas y no las termina)

Síntomas positivos (1 reactivo)

¿Le da miedo salir a la calle?

Utilizando solo la muestra de estudio (N=42), se realizó un análisis de consistencia interna de todo el cuestionario y de cada una de las subescalas que tienen 4 reactivos o más. (Cuadro 5). Solo la escala total y la de funcionamiento en casa tienen una consistencia interna adecuada, las subescalas de relaciones interpersonales, adherencia

terapéutica síntomas negativos y hábitos disruptivos presentan una consistencia interna moderada que posiblemente se modifique con una muestra mayor de sujetos.

Cuadro 5. Consistencia Interna de las Subescalas del Informe del Familiar sobre el Funcionamiento en el Hogar del Paciente con Esquizofrenia.

ESCALAS O SUBESCALAS	ALPHA
ESCALA TOTAL (53 ITEMS)	.8696
RELACIONES INTERPERSONALES	.6228
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	.6088
FUNCIONAMIENTO EN CASA	.7348
SÍNTOMAS NEGATIVOS	.6344
HÁBITOS DISRUPTIVOS	.5707

Al análisis de las respuestas a las preguntas abiertas del cuestionario muestran que el mayor porcentaje de quejas de los familiares —el 18.5%— se refieren a conductas relacionadas con los síntomas negativos (disminución de la actividad o del funcionamiento DSM-IV), y al área de las relaciones interpersonales, (12.13%). El resto de las áreas tienen menos de 10% cada una. Llama la atención que solo hay una respuesta relacionada con los efectos secundarios del medicamento que es una de las principales quejas explícitas de los pacientes y de sus familiares. (Cuadro 6)

Cuadro 6. Problemas que expresan los familiares que tienen debido a la esquizofrenia Informe del familiar sobre el funcionamiento en el hogar del paciente con esquizofrenia.

Áreas del funcionamiento	Conductas problema al inicio del Tx (No. de resp =175)	
	N	%
Síntomas negativos	32	18.5
Relaciones interpersonales	21	12.13
Síntomas positivos (todos trastornos del pensamiento excepto 1)	17	9.8
Hábitos	13	7.5
Otros (quejas de conducta en casa)	11	6.35
Trastornos del sueño 11 hipersomnia todos -1	11	6.35
Autocuidado	10	5.8
Otra psicopatología (ansiedad o depresión fobias)	10	5.8
Funcionamiento en casa	9	5.2
Area ocupacional	8	4.6
Relaciones familiares	7	4.04
Comunicación	6	3.46
Cognitivo	5	2.9
Agresividad	4	2.3
Adherencia terapéutica	3	1.7
Inseguridad	3	1.7
Conducta antisocial	2	1.15
Efectos secundarios del medicamento.	1	.57
Otros (raros)		

Los reactivos de la segunda parte del cuestionario se formularon con base en las necesidades que expresaron los familiares así como en los cambios que observan como resultado del tratamiento, mismas que se tratan en los reactivos del cuestionario y así como en la experiencia clínica.

Para el análisis de confiabilidad, se aplicó el cuestionario a 55 familiares de los pacientes con esquizofrenia (42 del grupo de estudio y 13 pacientes en espera de tratamiento). La mayor parte de los informantes fueron las madres de los pacientes (69.1%) . (Cuadro 7)

Cuadro 7. Informantes que respondieron al Informe del familiar sobre el funcionamiento en el hogar del paciente con esquizofrenia

INFORMANTE	No.	%
Abuela	2	3.6
Esposa	1	1.8
Esposo	2	3.6
Hermana	6	10.9
Madre	38	69.1
Padre	6	10.9
Total	55	100.0

7.4 La lista de conductas de habilidades de comunicación y de interacción interpersonal

Con base en las observaciones de las video grabaciones de grupos de estudio de pacientes con esquizofrenia en tratamiento de musicoterapia realizados anteriormente, y tomando en consideración las definiciones de Hersen y Bellack (1977) y de Mueser y Bellack, (1998), se elaboró una lista de cotejo de conductas en la que se avalúan los comportamientos no verbales y verbales de los pacientes con esquizofrenia, en ella se enumeran cada una de las conductas y se clasifican por áreas según lo descrito por los autores arriba citados.

Como parte del procedimiento de construcción del instrumento, se pidió a 16 jueces, estudiantes del posgrado en psicología, que calificaran la importancia de la presencia o ausencia de las distintas conductas en la interacción social cotidiana (trabajo o situación social con amigos, familiares, etc) en un continuo que iba desde indispensables (5) hasta muy disruptivas (1). En 54 de los 57 reactivos calificados por los jueces, se obtuvo el 80% o más de acuerdo en la calificación de las conductas. Algunas fueron desglosadas en conductas más elementales para fines del cotejo.

La lista contiene las siguientes categorías conductuales:

1. Comunicación no verbal:

- Contacto visual
- Expresión facial
- Empleo del cuerpo

2. Elementos paralingüísticos

- Tono de voz

- Volumen de la voz
- Inflexión de la voz
- Velocidad del habla

3. Elementos verbales de la interacción

4. Equilibrio interactivo

5. Socialización

6. Participación

7. Afecto

8. Actividad física

En el anexo B se encuentra la lista de cotejo de conductas que se empleó en la evaluación de las videograbaciones así como la deficiencia operacional de las mismas

8. Procedimiento:

8.1 Procedimiento experimental:

Una vez seleccionados los pacientes que llenaban los criterios de inclusión y habiendo corroborado el diagnóstico de esquizofrenia a través del CIDI (Robbins y), los pacientes fueron evaluados al inicio y al final del tratamiento con los instrumentos que se describieron anteriormente. Estos se aplicaron de manera individual, salvo la evaluación empleando las listas de cotejo de conductas con la cual se analizaron las videograbaciones de las sesiones y las improvisaciones musicales en grupo. La Escala PANSS fue aplicada una vez por mes durante la duración del tratamiento por el psiquiatra tratante de los sujetos del estudio. Los instrumentos fueron aplicados de manera individual, en el pre-test por la autora de esta investigación y en el postest por dos licenciados en psicología previamente entrenados.

El cuestionario de funcionamiento en el hogar fue contestado por el familiar responsable del paciente, a quien se les entregó el cuestionario y se les dieron instrucciones para llenarlo. A aquellos familiares que tenían dificultades para leer se les ayudó a llenar el cuestionario leyéndoles las preguntas y anotando sus respuestas.

Los pacientes también fueron evaluados por otros investigadores quienes les aplicaron instrumentos pertinentes a su área de investigación.

Después de la evaluación inicial los pacientes fueron asignados aleatoriamente a cada uno de los grupos de tratamiento que fueron: terapias múltiples, terapia psicosocial y musicoterapia, tomando en cuenta sólo los criterios de sexo y edad. Posteriormente se asignó a los sujetos del grupo de musicoterapia aleatoriamente a dos grupos tomando en cuenta los mismos criterios. Esto se hizo con objeto de tener grupos más chicos para llevar a cabo el trabajo terapéutico.

Todos los pacientes recibieron además del tratamiento al que fueron asignados, atención psiquiátrica y tratamiento farmacológico. Sus familiares recibieron orientación familiar grupal y 5 sesiones de terapia unifamiliar. Todos los grupos de tratamiento tuvieron 6 meses de terapia. Los grupos de musicoterapia y de terapia psicosocial tuvieron 40 sesiones de terapia, cada una de 1 hora de duración, dos veces por semana. El grupo de terapias múltiples recibió 5 horas semanales de terapia distribuidas de la siguiente manera: 1 hora de terapia grupal, 2 horas de terapia ocupacional e inducción laboral, 1 ½ hrs. de clase de dibujo y ½ de psicoterapia individual

8.2 Procedimiento del tratamiento de musicoterapia:

El trabajo de musicoterapia se llevaba a cabo en una sala de terapia de aproximadamente 2 m. X 4 m. En ella se disponían las sillas pegadas a 2 de las cuatro paredes de la sala, formando una escuadra, de manera que se pudieran ver unos a otros constantemente. Los instrumentos grandes se colocaban al centro de la sala. Los instrumentos pequeños se ponían sobre una mesa que se encontraba en una esquina de la sala. Los pacientes tenían acceso permanente a los instrumentos. Al iniciar cada sesión del tratamiento, los participantes llenaban la forma de autoinforme de la sensación de bienestar en la sesión de musicoterapia, que tenía como objeto el que ellos informaran por escrito y de manera muy sencilla para conocer y llevar un registro de cómo se iban sintiendo a lo largo del tratamiento. Los instrumentos que se emplearon fueron instrumentos de percusión no melódicos (tambores, platillo, tarola, panderos, cascabeles, claves), instrumentos de percusión melódicos (metalófonos y un xilófono) y un teclado. Se trabajó con 2 grupos de pacientes con esquizofrenia crónica. Cada grupo asistía a terapia 2 veces por semana a sesiones de una hora de duración. Se realizaba el mismo trabajo con ambos grupos. El grupo No. 1 tenía 8 sujetos y el grupo No. 2 tenía 7

participantes. Todas las sesiones eran grupales conducidas por un musicoterapeuta entrenado y certificado.

El papel del terapeuta:

El trabajo con los pacientes con esquizofrenia tenía tiempo limitado y los objetivos son muy específicos. El trabajo de musicoterapia con los pacientes de esquizofrenia era directivo, y estaba orientado al aquí y el ahora, no se hacían interpretaciones, y se trabajaba con los recursos que tenían los pacientes, para fortalecerlos y para desarrollar otros nuevos. El trabajo se hace en la música partiendo de la base que la forma como uno toca (como se enfrenta a la tarea y a la música) es como se relaciona con el mundo (Bruscia, 1987). El terapeuta escucha a las producciones musicales de los pacientes siguiendo los lineamientos de los Improvisational Assessment Profiles (IAP, Bruscia, 1987) -e interviene de acuerdo con lo que escuchaba y con el objetivo de la tarea que se estaba realizando.

El terapeuta guiaba el trabajo en la música y las discusiones verbales. En ocasiones elegía el tema de la sesión. Su participación en las improvisaciones era para dar la base musical, con objeto de 1) establecer el ambiente afectivo de acuerdo con el tema, o 2) para dar estructura al grupo.

La primera sesión:

En la primera sesión explica a los pacientes "que no era una clase de música sino que a lo largo del tratamiento iban a tocar los instrumentos musicales, lo cual les iba a permitir expresarse y hablar de lo que les preocupa y lo que les pasa como consecuencia de su enfermedad".

El terapeuta se aseguraba de que los pacientes hayan entendido la diferencia entre una clase de música y el tratamiento de musicoterapia, preguntándoles qué habían entendido y que esperaban ellos del tratamiento. Esto era necesario ya que determinaba la manera cómo se enfrentaban a los instrumentos y al quehacer musical.

Posteriormente se les invitaba a que exploraran en los instrumentos, ellos caminaban al centro de la sala de terapia y tocaban lo que querían. Si alguno no tomaba un instrumento, el terapeuta se le acercaba y le mostraba u ofrecía alguno. Se dejaba a los pacientes 5 minutos para que exploraran los instrumentos, se les animaba a que tocaran tantos como les fuera posible y se les enseñaba como se producía el sonido de algunos

instrumentos o como tomarlos para que sonaran mejor para que pudieran sacar el mejor sonido posible.

Posteriormente se les pedía que eligieran un instrumento que les hubiera gustado, y se les daba la consigna de "con el instrumento toquen algo, como una presentación de quienes son ustedes". Los pacientes tocaban uno por uno, podían tocar lo que quisieran el tiempo que ellos desearan. Después de cada participación se les preguntaba si les había gustado lo que habían tocado y si no, si deseaban modificarlo. Si ellos decidían cambiarlo podían tocar lo que quisieran, como ellos quisieran, incluso podían cambiar de instrumento. Este trabajo era uno por uno. Acto seguido se les pedía que repitieran lo que tocaron y que sí podían recordar lo que alguno de sus compañeros habían tocado que lo hicieran. Después de este ejercicio se les pedía a cada uno que expresaran con su instrumento cómo se sentían, sin decirlo verbalmente. Después de esta participación, se les pide que le pongan nombre a lo que tocaron. Después de las intervenciones individuales, el terapeuta les pedía que ejecutaran una improvisación grupal, tocando su instrumento y tratando de expresar cómo se sentían en el grupo. Durante esta primera sesión, solo se les animaba a que tocaran y se les preguntaba como se sentían tocando los instrumentos, ya que el objetivo era que se familiarizaran con los instrumentos para que los usaran como un medio de expresión no verbal.

Sesiones subsecuentes.

A partir de la segunda sesión, se iniciaba el trabajo hablando de cómo se sentían y discutían algún tema que los pacientes planteaban o que el terapeuta proponía. El trabajo musical se basaba en el tema elegido. Dependiendo del tema, se les pedía a los pacientes que tomaran un instrumento que les gustaba o que no les gustaba, o bien el terapeuta podía asignar los instrumentos o pedir que los compartieran con sus compañeros.

Una indicación que se daba a lo largo del tratamiento es que consideraran si el instrumento que habían elegido les permitía expresar lo que ellos querían, y si deseaban, podían cambiarlo por otro; o el terapeuta podía cambiárselos diciéndoles que probablemente el nuevo instrumento sería mejor para realizar el ejercicio.

Generalmente se proponía una improvisación individual, se elaboraba verbalmente sobre la improvisación individual y se seguía con una de grupo, se elaboraba sobre la improvisación de grupo y si el terapeuta consideraba volver a la ejecución

individual debido a que los pacientes aun necesitaban trabajar sobre el tema, se volvía al trabajo individual. De otra manera, se procedía a tocar en pequeños subgrupos o el grupo en su totalidad. El terapeuta podía acompañar a los pacientes en la improvisación de grupo y dependiendo del resultado se procedía a la elaboración verbal o a tocar individualmente, en grupos pequeños.

Los lineamientos generales para este trabajo eran:

El contacto con la realidad.

El trabajo se enfocaba al trabajo en la realidad en el aquí y el ahora, por lo que constantemente se observaba que los pacientes tuvieran claro que tema se está tratando, cual era la tarea a realizar y como la realizaban.

Desarrollo de habilidades cognitivas

Las habilidades que se trabajaban eran la atención y la concentración, la capacidad de abstracción y de planeación. Para desarrollar estas habilidades se pedía a los pacientes que escucharan a los demás y a sí mismo. En el trabajo individual se les pedía que escuchen que están tocando, y que se dieran si lo que tocaban era lo que deseaban expresar y si efectivamente lo estaban haciendo. También se les pedía que escucharan lo que tocaban sus compañeros y que observaran si era congruente con lo que estaba diciendo verbalmente que estaba expresando.

La atención también se trabajaba tocando secuencias alternadas entre el grupo y los miembros como solistas (rondó) en donde cada quien debía esperar su turno y participar cuando era pertinente. En el trabajo en grupo se les pedía que escucharan (y que sintieran) qué es lo que estaban tocando lo demás para que fuera un producto del grupo. Si el paciente no ponía atención, o se distraía, el terapeuta intervenía llamándole por su nombre y pidiéndole que participara con la música o en la discusión verbal.

La capacidad de planeación de trabajaba de la siguiente manera:

Se elegía un tema. (p.e. una entrevista de trabajo o sus progresos en la terapia). Se dividía el grupo en subgrupos, se les decía que el tema tenía varias partes que debían desarrollarse y que por lo tanto debían sonar de manera distinta, por lo que tenían que platicar entre ellos cómo querían que sonara, qué instrumentos querían emplear para comunicar lo que deseaban, quien iba a tocar en qué momento de la improvisación y qué

necesitaban hacer para comunicar lo que querían comunicar. A continuación seguían estos pasos y los representaban frente al resto del grupo.

La interacción interpersonal.

Para desarrollar la interacción interpersonal se les pedía que "escucharan a los otros y que trataran de "imitar" o de seguir lo que hacían, no solo el ritmo, sino el volumen y la intención y que respondieran de acuerdo a lo que escuchaban que tocaban los demás. Para ello se emplean varios tipos de intervenciones:

El diálogo musical: en éste se establecía una interacción musical a manera de diálogo con otro participante en el que se alternaba la emisión musical de uno y de otro interlocutor. Debían escuchar al otro y responder al tono afectivo a través del ritmo, de la dinámica y de la imitación parcial o total de los motivos musicales. Si no lo hacían, se les enseñaba a qué elementos debían escuchar y se les mostraban alternativas de cómo podían responder con la música

La improvisación de grupo: se procedía a elegir un tema o el grupo podía elegirlo; el tema podía ser un sentimiento, una imagen o una experiencia. Una vez elegido el tema, se pedía a uno de los miembros del grupo que comenzara y los demás participantes se iban sumando uno a uno, hasta que todos tocaban simultáneamente. Se indicaba a los pacientes que mientras tocaban escucharan a sus compañeros y los siguieran tratando de "imitar" no solo en el ritmo, sino el volumen y la intención y que respondan de acuerdo a lo que escuchan que tocan los demás. En el trabajo en grupo se hacía necesario escuchar a los demás para "entonarse" al afecto y a la intención de la música y debían escuchar si estaban coordinados, si sonaba a trabajo de grupo y si era posible se les pedía que identificaran que rol jugaba su parte musical en el todo, quien guiaba (liderazgo) y quien seguía a quien.

Después de cada improvisación se hablaba de lo que habían tocado, como lo habían hecho (que habían hecho para tocar como tocaron), que habían querido expresar y si lo habían logrado. También se hacía un puente verbal entre la experiencia musical y su experiencia en el ámbito terapéutico y en la vida diaria.

Además, durante su el trabajo con la música se les pedía que a los participantes que se vieran a la cara y que corroboraran si su expresión facial era congruente con lo que estaban tocando y con lo que trataban de comunicar. Si no se daban cuenta, el terapeuta

como debían modificar su postura corporal, la expresión facial y les señalaba cual era el mensaje no verbal que transmitían y como debían modificarlo.

Al final de cada sesión se les preguntaba que habían aprendido de ellos mismos y como lo iban a poner en práctica.

Por último llenaban su forma de autoinforme antes de irse:

Capítulo 6

RESULTADOS:

ESTUDIO DE GRUPO CONTROL

El primer hallazgo fue que los pacientes no mejoran en la funcionalidad si no se someten a un tratamiento psicosocial además del tratamiento farmacológico. Esto se comprobó al evaluar con el WHO-DAS II a un grupo de 21 pacientes a quienes se puede considerar como "grupo control". A estos pacientes, que posteriormente forman parte del grupo de estudio del estudio, se aplicó el WHO-DAS II en el pre-test y se les tuvo que volver a evaluar nuevamente antes de comenzar el tratamiento debido a que había pasado demasiado tiempo (un promedio de 11 semanas). Todos los pacientes se encontraban bajo tratamiento farmacológico, su sintomatología se encontraba estable y no recibieron ningún otro tipo de tratamiento en el período entre la primera evaluación y el pre-test del estudio.

Este grupo de pacientes estuvo un promedio de 96.7 días ($DE \pm 19.19$) sin tratamiento psicosocial a partir de la primera evaluación. Los resultados se muestran en el Cuadro 8.

Cuadro 8. Resultado de dos evaluaciones de un grupo de pacientes sin tratamiento psicosocial. (n=21). WHO-DAS II *

DOMINIO	I ^a evaluación	Pre-test	Comparación	
	Mediana	Mediana	Z	P
Comprensión y comunicación	14	15	-.997	.319 n.s
Moverse y trasladarse	8	8	-.569	.569 n.s
Autocuidado	7	6	-1.174	.240 n.s
Estar con la gente	13	11	-.262	.793 n.s
Actividades de la vida diaria (hogar)	10	8	-.066	.947 n.s.
Participación en la sociedad	22	20	-.767	.445 n.s

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. $p = o > .05$

Como se puede ver, (cuadro 8) no existieron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dominios del WHO-DAS II, lo cual indica que el funcionamiento de los pacientes no se modificó mientras estuvieron sólo bajo tratamiento farmacológico y sin intervención psicosocial. Estos hallazgos llevan a la pregunta de ¿qué es lo que pasa cuando los pacientes reciben un tratamiento psicosocial? A continuación se presentan los resultados propiamente del estudio.

6.1 RESULTADOS DE LA FUNCIONALIDAD Y LA DISCAPACIDAD

Para conocer los efectos del tratamiento en la muestra total de estudio, se realizó una comparación de muestras pareadas (prueba de rangos de Wilcoxon), de los dominios del WHO-DAS II para determinar si existían diferencias significativas en la muestra total antes y después del tratamiento (N=41) (Cuadro 9)

Los resultados arrojan que existen diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento en los dominios de Comprensión y comunicación, de Moverse y trasladarse, de Estar con la gente y de Participación en la sociedad, es decir que los pacientes cambian en estas áreas como consecuencia del tratamiento psicosocial.

Cuadro 9. Cambios en la funcionalidad como resultados del tratamiento psicosocial (N=41) WHO-DAS II *

DOMINIO	Pre-test	Post-test	Comparación	
	Mediana	Mediana	Z	P
Comprensión y comunicación	15	11	-2.468	.01*
Moverse y trasladarse	9	7	-2.602	.009*
Autocuidado	5	6	-1.873	.06 n.s
Estar con la gente	12	10	-3.464	.001*
Actividades de la vida diaria (hogar)	8	6	-1.783	.075 n.s
Participación en la sociedad	22	16	-4.273	.000*

Análisis de rangos de Wilcoxon)

*Sig p= o > a .05

Para determinar si existían diferencias significativas entre los tres 3 grupos de tratamiento, se realizó una comparación de muestras independientes (Prueba de Kruskal

Wallis), no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en ninguno de los dominios del WHO-DAS II (Cuadro 10)

Cuadro 10. Diferencias en la funcionalidad entre grupos de tratamiento como consecuencia del tratamiento. WHO-DAS II*

Dominio	Inicio		Comparación		Final		Comparación	
		Mediana	Chi cuadrada	Sig.	Mediana	Chi Cuadrada	Sig.	
Comprensión y comunicación	y	15	.766	.682	11	.014	.993	
Moverse y trasladarse	y	9	.166	.920	7	.686	.710	
Autocuidado		5	1.889	.389	6	.608	.738	
Estar con la gente		12	2.15	.341	10	1.654	.437	
Actividades de la vida diaria	de la	8	.428	.807	6	2	.367	
Participación en la sociedad	de la	22	1	.605	16	1.77	.605	

Prueba de Kruskal Wallis
sig. $p = \alpha > .05$

Con objeto de conocer si existían diferencias significativas en cada uno de los grupos al inicio y al final del tratamiento, se realizó un análisis de muestras pareados (Prueba de rangos de Wilcoxon) de cada uno de los grupos de tratamiento separado (Cuadro 11)

Los resultados indican que el grupo de terapias múltiples obtuvo diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento en los dominios de Estar con la gente y marginalmente en Participación en la sociedad.. El grupo de terapia psicosocial obtuvo diferencias significativas en los dominios de Moverse y trasladarse y en Participación en la sociedad y obtuvo una diferencia marginal en Comprensión y comunicación . El grupo de musicoterapia presenta diferencias estadísticamente significativas en los dominios de Estar con la gente y Participación en la sociedad. . Ninguno de los grupos de tratamiento presenta diferencias significativas antes y después del tratamiento en los dominios de Autocuidado, en el de Actividades en el hogar y en el de Comprensión y comunicación.

Cuadro 11. Cambios en la funcionalidad en cada uno de los grupos al inicio y al final del tratamiento.

DOMINIO	TERAPIAS MÚLTIPLES				TERAPIA PSICOSOCIAL				MUSICOTERAPIA			
	Inicio	Final	Comparación		Inicio	final	Comparación		Inicio	final	Comparación	
	Mediana	Mediana	Z	P	Mediana	Mediana	z	P	Mediana	Mediana	z	p
Comprensión y comunicación	15	11	-1.365	.172 n.s.	16	11	-1.895	.058 n.s.	11	11	-.950	.342 n.s.
Moverse y trasladarse	10	8	1.195	.232 n.s.	9	6	-2.673	.008*	7	8	-.905	.365 n.s.
Autocuidado	6	6	-1.763	.078 n.s.	5	5	-1.192	.233 n.s.	5	6	-.475	.635 n.s.
Estar con la gente	16	10	-2.68	.007**	12	12	-1.091	.275	10	8	-1.921	.05*
Actividades de la vida diaria	8	7	-.983	.326	8	5	-1.61	.107	7.5	7	-.512	.609
Participación en la sociedad	22	16	-1.895	.058	23	18	-1.679	.007**	20	14	-2.772	.006*

Análisis de rangos de Wilcoxon

*Sig. P= o > a .05

Para conocer si existían **diferencias estadísticamente significativas en la dimensión del cambio entre los tres grupos de tratamiento**, se hizo un análisis de las diferencias de las puntuaciones en el WHO-DAS II de los sujetos de cada grupos. En este análisis no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento (Cuadro 12).

Cuadro 12. Diferencias en la dimensión del cambios entre los tres grupos de tratamiento.

Dominio	Inicio	Comparación
Mediana	Mediana	Chi cuadrada Sig.
Comprensión y comunicación	1	.580 .748
Moverse y trasladarse	1	.923 .63
Autocuidado	0	1.23 .54
Estar con la gente	2	4.12 .127
Actividades de la vida diaria	1	.297 .862
Participación en la sociedad	4	.572 .751

Prueba de Kruskal Wallis

*sig. p= o > .05

6.2 RESULTADOS DE LA ESCALA DE SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS (PANSS).

Como se describe en el apartado de instrumentos, esta escala tiene por objeto medir la presencia de síntomas positivos, síntomas negativos y de psicopatología general en los pacientes con esquizofrenia. Fue aplicada por los psiquiatras tratantes de los pacientes del grupo de estudio en diversos momentos del tratamiento.

Con objeto de conocer los efectos de la intervención terapéutica sobre los síntomas positivos y negativos en este estudio solo se utilizaron los datos de los pacientes que tenían una evaluación del PANSS en un período que iba de un mes antes a un mes después del inicio del estudio y una evaluación en el período que iba de un mes antes a un mes después del final del tratamiento (N=25). Este subgrupo incluye 7 sujetos del grupo de terapias múltiples, 7 sujetos del grupo de terapia psicosocial y 11 sujetos del grupo de musicoterapia.

Se analizaron las puntuaciones obtenidas en las tres subescalas del PANSS (síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general) y de la escala total de toda la muestra de estudio (N=25). Los resultados indican que existen diferencias significativas en la escala total, en la escala de síntomas positivos y la síntomas negativos, pero no así en la escala de psicopatología general. para toda la muestra de estudio (Cuadro 13).

Cuadro 13. Cambios en los síntomas de acuerdo en un subgrupo de pacientes con tratamiento psicosocial. (N=25).

Escala del PANSS	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
Escala total	50	35	-2.22	.026*
Síntomas positivos	10	8	-2.69	.007*
Síntomas negativo	14	9	-3.04	.002*
Sicopatología general	22	18	-1.17	.241

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. $p < 0 > .05$

Para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de tratamiento en las tres subescalas y en la escala total del PANSS, se realizó una comparación para muestras independientes con la prueba de Kruskal-Wallis en la que se

compararon los tres grupos entre sí antes y después del tratamiento. Los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología entre los tres tipos de intervención (cuadro 14)

Cuadro 14. Cambios entre grupos en las puntuaciones del PANSS

Dominio	Inicio	Comparación		Final	Comparación	
	Mediana	Chi cuadrada	Sig.	Mediana	Chi Cuadrada	Sig.
Síntomas positivos	10	1.816	.403	8	.709	.702
Síntomas negativos	14	.407	.816	9	.519	.771
Sicopatología general	22	.240	.887	18	1.308	.940
Escala general	50	.249	.883	35	.940	.625

Prueba de Kruskal Wallis
sig. p= 0 > .05

Debido a los resultados obtenidos en los análisis anteriores, y para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento en cada uno de los grupos de tratamiento, se hizo un análisis de comparación de muestras pareadas (prueba de rangos de Wilcoxon). Los resultados se muestran en el (Cuadro 15). Se puede observar que el grupo de terapias múltiples presenta diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento en la subescalas de síntomas positivos, y el grupo de terapia psicosocial presenta diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento en la subescalas de síntomas negativos. Ninguno de los grupos mostró diferencias en la escala de sicopatología general y en la escala total. Cabe mencionar que el grupo de musicoterapia no mostró diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas del PANSS.

Cuadro 15. Cambios en las puntuaciones del PANSS de cada uno de los grupos de tratamiento.

Síntomas positivos	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
Terapias múltiples	10	7	-2.23	.026*
Terapia psicosocial	8	7	-1.134	.257
Musicoterapia	10	8	-1.6	.109
Síntomas negativos				
Terapias múltiples	14	7	-1.86	.062
Terapia psicosocial	12	9	.2.2	.027*
Musicoterapia	14	10	-1.74	.082
Psicopatología general				
Terapias múltiples	25	17	-1.439	.150
Terapia psicosocial	22	17	-.524	.600
Musicoterapia	21	18	-.401	.688
Escala total				
Terapias múltiples	48	33	-1.85	.063
Terapia psicosocial	51	34	-1.37	.168
Musicoterapia	50	39	-1.156	.248

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. $p < .05$

Para conocer si existían diferencias en la dimensión del cambio entre los grupos de tratamiento se hizo un análisis de las diferencias de las puntuaciones obtenidas por los tres grupos de tratamiento en el PANSS. Este análisis muestra que no existen diferencias significativas entre los tres grupos en la dimensión del cambio (Cuadro 16)

Cuadro 16. Comparación en la dimensión de cambio en el PANSS entre los 3 grupos de estudio

Subescala	Inicio	Comparación	
	Mediana	Chi cuadrada	Sig.
Síntomas positivos	1	2.34	.309
Síntomas negativos	3	.281	.869
Sicopatología general	1	.212	.899
Escala general	6	.341	.843

Prueba de Kruskal Wallis

*sig. $p = o > .05$

6.3 EL INFORME DEL FAMILIAR SOBRE EL FUNCIONAMIENTO EN EL HOGAR DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA.

Para conocer que aspectos del funcionamiento en el hogar de los pacientes se había modificado, se realizó un análisis de las respuestas abiertas de los familiares a las preguntas de ¿cuáles considera que son las conductas problemáticas de su paciente en casa ¿ y ¿cuáles fueron los cambios que observó como consecuencia del tratamiento). Las respuestas se agruparon en las mismas categorías de problemas que encontraron al inicio del tratamiento, pero hubo que agregar dos más: la de conciencia de enfermedad -que no apareció como problema al inicio del tratamiento y una categoría de "otros logros".

Se clasificaron y compararon las respuestas abiertas que se presentaron en el cuestionario del inicio del tratamiento con las que los pacientes escribieron al final del mismo y se observa que al inicio del tratamiento los 42 familiares reportaron 175 problemas, mientras que al final solo se reportan 37.

En la aplicación final se preguntó a al familiar que ¿cuáles son los logros producto del tratamiento?. Los familiares reportan 49 logros que están directamente relacionados lo que la pregunta del inicio de ¿cuales son los principales problemas que tiene su paciente?. Para el análisis final fue necesario crear 2 categorías nuevas: la de conciencia de enfermedad -que no se reconocía como problema al inicio del tratamiento y la de otros problemas -en la que se reportan quejas peculiares que no caben en ninguna de las categorías previamente establecidas. El porcentaje de las respuestas por categoría se presentan en el Cuadro 17.

Cuadro 17. Problemas y logros que informan los familiares en las preguntas abiertas del informe del familiar sobre el funcionamiento en el hogar del paciente con esquizofrenia.

Áreas del funcionamiento	Problemas al inicio (175 respuestas)		Problemas al final (37 respuestas)		Logros producto del tratamiento (49 respuestas)	
	N	%	N	%	N	%
Adherencia terapéutica	3	1.7	2	5.4	7	14.3
Agresividad	4	2.3			2	4.1
Área ocupacional	8	4.6				
Autocuidado	10	5.8	2	5.4	1	2.04
Cognitivo	5	2.9	3	8.1		
Comunicación	6	3.46	2	5.4		
Conciencia de enfermedad					4	8.1
Conducta antisocial	2	1.15				
Efectos secundarios del medicamento.	1	.57				
Funcionamiento en casa	9	5.2	4	10.8	2	4.1
Hábitos	13	7.5	4	10.8	2	4.1
Inseguridad	3	1.7			1	2.04
Otra psicopatología (ansiedades reportan ansiedad, depresión o fobias)	10	5.8	9, (8 de ellos se quejan de problemas de somatización o enojo)	24.3	3 (reportan mejor estado de ánimo)	6.1
Otros (sobre todo son quejas de la conducta en casa)	11	6.35	1	2.7		
Relaciones familiares	7	4.04	2	5.4	5	10.2
Relaciones interpersonales	21	12.13	1	2.7	6	12.2
Síntomas negativos	32	18.5	7	18.9	8 (se quejan de tener dificultades para salir de casa)	16.2

Síntomas positivos (todos se refieren a trastornos del pensamiento excepto 1)	17	9.8		2	4.1
Trastornos del sueño todos se quejan de hipersomnia -1	11	6.35		3	6.1
Otros (raros)				3	6.1

Se analizaron las respuestas a las preguntas de opción múltiple, éstas se calificaron con una puntuación del 1 al 4, el 1 correspondía a una conducta inadecuada y el 4 a una adecuada, posteriormente se sumaron reactivos dando como resultado lo que llamamos una puntuación total

Para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento en el informe que los familiares hacían de la conducta de sus pacientes en el hogar, se hizo un análisis para muestras pareadas (prueba de rangos de Wilcoxon) en el que se **compararon las puntuaciones totales del cuestionario de toda la muestra de estudio (N=42)**, (Escala total). Se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del cuestionario para toda la muestra de estudio antes y después del tratamiento, lo cual quiere decir que el grupo de pacientes modificó su comportamiento en casa como consecuencia del tratamiento que recibieron (Tabla 18).

Cuadro 18. Resultados del tratamiento .Puntuaciones totales del Informe del familiar sobre el funcionamiento en el hogar del paciente con esquizofrenia antes y después del tratamiento(N=42)

PARTICIPANTES	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL (n=42)	144	153.5	-2.642	.008*

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. p= 0 > .05

Para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en los resultados de la **puntuación total entre cada uno de los grupos de tratamiento**, se hizo un análisis para muestras independientes (Pruebas de Kruskal-Wallis) en la cual se encontró que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento (Cuadro 19).

Cuadro 19. Resultados del tratamiento. Informe del familiar sobre el funcionamiento en el hogar del paciente con esquizofrenia. Comparación entre grupos.

PARTICIPANTES	INICIO			FINAL		
	MEDIANA	Chi cuadrada	P	MEDIANA	Chi cuadrada	P
MUESTRA TOTAL (n=42)	144	1.295	.523	154	2.758	.252

Prueba de Kruskal Wallis

*sig. $p = \alpha > .05$

Como no se encontraron diferencias estadísticamente entre los 3 grupo de tratamiento, se hizo un análisis para muestras pareadas para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento en cada uno de los grupos de tratamiento (Cuadro 20). Se encontró que el grupo de terapias múltiples y el de musicoterapia presentan diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento en la escala total del Informe del familiar sobre el funcionamiento en el hogar del paciente con esquizofrenia. pero no así el grupo de terapia psicosocial.

Cuadro 20. Resultado del tratamiento por modalidad terapéutica según el Informe del familiar sobre el funcionamiento en el hogar del paciente con esquizofrenia. Escala total

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
TERAPIAS MÚLTIPLES (n=13)	143	160	-2.062	.039*
TERAPIA PSICOSOCIAL (n=14)	151	154.5	-.805	.421
MUSICOTERAPIA (n=15)	144	142	-2.042	.041*

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. $p = \alpha > .05$

Para conocer de manera más específica las áreas en las que los familiares informaban la presencia de cambio en los pacientes se realizó un análisis para muestras pareadas (prueba de rangos de Wilcoxon) de cada subescala del instrumento, de acuerdo con la clasificación por áreas que realizaron los expertos y que se describe en la sección

de instrumentos- este análisis se realizó tanto para la muestra total como para cada uno de los grupos de tratamiento antes y después de la intervención (Cuadro 21).

Cuadro 21. Diferencias antes y después del tratamiento en el Informe del familiar sobre el funcionamiento en el hogar del paciente con esquizofrenia.

SUBESCALA	MUESTRA TOTAL (N=42)	TERAPIAS MÚLTIPLES (n=13)	TERAPIA PSICOSOCIAL (n=14)	MUSICOTERAPIA (n=15)
Adherencia terapéutica	n.s	n.s	n.s	n.s
Agresividad	n.s	n.s	n.s	n.s
Autocuidado	n.s	n.s	n.s	n.s
Comunicación	n.s.	P=,046	n.s	n.s
Conciencia de enfermedad	n.s	n.s	n.s	n.s
Expresión del afecto	n.s	n.s	n.s	n.s
Funcionamiento cognitivo	n.s	n.s	n.s	n.s
Funcionamiento en casa	P=,019*	n.s	n.s	P=,036*
Hábitos	n.s	n.s	n.s	n.s
Malos hábitos	n.s	n.s	n.s	n.s
Relaciones familiares	P=,01*	n.s.	P=,054	n.s.
Relaciones interpersonales	P=,009*	n.s	P=,003	n.s.
Síntomas negativos	P=,012*	n.s.	n.s.	P=,006*
Síntomas positivos	P=,003*	n.s	n.s	P=,02*
Tiempo libre	n.s	n.s	n.s	n.s

*sig. $p = 0 > .05$

Como se puede observar, la muestra total presenta diferencias estadísticamente significativas en las áreas de funcionamiento en casa, relaciones familiares, relaciones interpersonales, equivalentes de síntomas negativos y en síntomas positivos. En el análisis del cambio de cada grupo de tratamiento se puede observar que el grupo de terapias múltiples presenta diferencias estadísticamente significativas en el área de comunicación, el grupo de terapia psicosocial tiene diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento en las áreas de relaciones familiares, y

relaciones interpersonales y el grupo de musicoterapia presenta diferencias estadísticamente significativas en las áreas de funcionamiento en casa, en los aspectos equivalentes de síntomas negativos y síntomas positivos. Ninguno de los grupos de tratamiento presenta diferencias estadísticamente significativas **por grupo** en las áreas de agresividad, adherencia terapéutica, autocuidado, conciencia de enfermedad, empleo del tiempo libre, expresión del afecto, funcionamiento cognitivo, hábitos, y malos hábitos (o conductas disruptivas)

6. 4 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LAS VIDEOGRABACIONES.

Este análisis se realizó sobre las videograbaciones de las sesiones de musicoterapia, por lo que no contempla a los otros 2 grupos de tratamiento.

Como se mencionó en la sección de instrumentos, se elaboró una lista de conductas misma que se empleó para registrar los comportamientos de los sujetos durante las sesiones de musicoterapia. Esta lista se encuentra en el anexo B.

Se analizaron la primera y la última sesión del tratamiento de cada uno de los grupos de musicoterapia. Se realizaron 6 registros por sesión, tomando intervalos alternados de 10 minutos, los cuales se dividieron en observaciones de 5 minutos cada una de acuerdo con lo que plantea Casalta y Becerra de Penfold, (1981). Se pidió a dos jueces que observaran las grabaciones para realizar un análisis de la confiabilidad en las observaciones. Ambos jueces eran licenciados en psicología, uno de ellos tenía entrenamiento musical. Ambos fueron entrenados previamente en la observación de las conductas de la lista. En el anexo B se encuentra la lista de conductas y su definición operacional.

Al realizar el análisis de las observaciones de los jueces se hizo evidente que algunas conductas de la lista no representaban un problema en los sujetos del grupo, como por ejemplo ver a los ojos al terapeuta, o interrumpir la sesión con comentarios irrelevantes, o las dificultades en la velocidad del habla o intensidad de la voz.

Se revisaron las conductas que quedaban y se analizaron aquellas que la literatura menciona como cambios relevantes en los pacientes con esquizofrenia (Troisi y cols. 1998; Püschel y cols. 1998).

Los resultados se analizaron contando el porcentaje de sujetos que presentaban o no las conductas de la lista en una observación dada. No se contó el número absoluto de sujetos debido a que había diferentes situaciones de la sesión por las que no se esperaba que todos presentaran las conductas en una misma medición, o porque algunos pacientes no estaban en la toma de la cámara, o llegaban tarde a la sesión, etc.

Asimismo no fue posible calcular la confiabilidad entre jueces empleando alguno de los métodos planteados por Casalta y Becerra de Penfold (1986) ya que los autores describen que el cálculo de la misma se basa en número de conductas observadas por sujeto y este estudio buscaba encontrar un registro por grupo, que es la forma como se realizó todo el análisis de datos de este estudio.

Debido a lo descrito anteriormente, la autora de este trabajo consideró como "confiables" las observaciones en las que los jueces tenían de un 70% a un 100% de acuerdo (0 a 2 pacientes de diferencia en cada observación), tanto en el primero como en el último registro.

Para el análisis de los resultados se tomó la primera observación de la primera sesión y la última observación de la última sesión de ambos grupos y se sumaron los pacientes para obtener un porcentaje de sujetos que presentaban la conducta. En los casos en los que la conducta no se observaba en estos registros, se tomó la segunda medición (los segundos cinco minutos de la sesión) o la penúltima observación (los penúltimos 5 minutos de la sesión).

El primer paso del análisis fue elegir las conductas en las que si existía acuerdo entre jueces, tanto al inicio como al final del tratamiento. Posteriormente se analizó si en estas conductas aparecían cambios al inicio al final del tratamiento, considerando el cambio como una diferencia del 50% o más de sujetos que habían modificado su comportamiento. En el cuadro 22 se muestran las conductas en las que hubo acuerdo entre jueces y el porcentaje de cambio observado.

Cuadro 22. Cambios en la conducta no verbal como resultado del tratamiento de musicoterapia. (N=14)

CONDUCTAS EN LAS QUE SE ENCONTRÓ CONFIABILIDAD	Acuerdo entre los jueces	Porcentaje de cambio antes y después del tratamiento
--	--------------------------	--

ENTRE JUECES				
	Inicio	Final	Juez 1	Juez 2
1. Ve (a los ojos o a la cara) a sus compañeros de grupo	91.67% (1 paciente de diferencia)	91.67% (un paciente de diferencia)	92.3%	92.3%
2. Sonríe	93.3% (1 pac de diferencia)	75.3% (2 pacientes de diferencia)	47.2%	65.2%
3. Su cara parece inexpresiva	100% al inicio	90.7% (1 paciente de diferencia)	60%	69.3%
4. La expresión de su cara es diferente en distintos momentos de la medición	93.3%	84.6 %	92.3	78%
5. Habla con sus compañeros espontáneamente.	100%	71.42% (diferencia de 2 pacientes)	71.42%	100%
6. Muestra poca actividad física.	82.5%	76.9% (2 pacientes de diferencia)	100%	59.4%
CONDUCTAS RELEVANTES que carecen de acuerdo entre jueces				
7. Su cara muestra aplanamiento afectivo.	100%	64.3%	100%	64.3%
8. Su voz suena aplanada	100%	45.45	100%	45.45
9. El tono de su voz es monótono	100%	45.45%	100%	45.45%

Como se puede observar, las conductas de ver a la cara de sus compañeros, sonreír, la modificación en la expresión de la cara hacia una cara más expresiva son cambios en la conducta no verbal que ocurren dentro del contexto de la situación social (la sesión de terapia). Lo mismo sucede con hablar espontáneamente con sus compañeros que pertenece al ámbito de la conducta verbal. Y suceden dentro de un contexto social específico, que es la sesión de terapia. Estas son las conductas que en las que un mayor porcentaje de pacientes muestra cambios, y están directamente relacionados o son el medio para una interacción social más efectiva. Los resultados señalan que estas conductas fueron modificadas por la intervención de musicoterapia. El aumento en la actividad física es otra de las conductas que muestran un incremento, y que puede ser directamente atribuible a la actividad en la terapia.

Sin embargo, hay otras conductas que se consideran parámetros importantes de cambio en estos pacientes y que no puede concluirse que en ellas existe un cambio debido a que no hay una confiabilidad adecuada entre jueces, estas son: "su cara muestra aplanamiento afectivo", en este caso se puede observar que un juez reporta que al inicio del tratamiento el 100% de los pacientes muestra aplanamiento afectivo en su expresión facial mientras que el 2º. Juez informa que solo el 64% de los pacientes lo muestra. Al final del tratamiento el primer juez afirma que el 100% de los pacientes ha mejorado mientras que el 2º. Juez afirma que el 64% ha mejorado. De estos resultados se puede decir que a pesar de una discrepancia tan importante, aun el juez que señala que un menor porcentaje de pacientes ha mejorado, informa que existe más del 50% de cambio y que al final del tratamiento, el 100% de los pacientes ha mejorado y según las observaciones de los jueces, ya ninguno muestra aplanamiento afectivo en su expresión facial.

Otra conducta que se considera indicador importante de cambio en los pacientes con esquizofrenia es el aplanamiento en el tono de la voz. Esta pregunta fue registrada 2 veces ya que fue planteada de dos maneras distintas: el tono de la voz es monótono y su voz suena aplanada. En este caso, ambos jueces registran que al inicio del tratamiento el 100% de los sujetos presentan esta dificultad, mientras que al final el juez 1 indica que el 100% han dejado de presentar este problema mientras que el segundo juez registra que solo el 45.5% de los sujetos ha mejorado. Las discrepancias

en el registro pueden deberse a características distintas en el entrenamiento profesional de los jueces (uno de ellos tenía entrenamiento musical además de ser psicólogo) y a la dificultad que implica el registro de este tipo de conductas, en lo cual se profundizará en la discusión. De cualquier manera se puede observar una tendencia a la mejoría en la expresión vocal después del tratamiento con musicoterapia.

En el Anexo C se encuentran las gráficas que muestran de manera clara los cambios en los comportamientos en los que los pacientes mostraron cambios.

CAPITULO 7.

DISCUSIÓN

Para facilitar la discusión de los resultados se seguirá el orden en el que las hipótesis fueron planteadas:

A la hipótesis I

Los sujetos que participan en el tratamiento de musicoterapia no mostrarán diferencias estadísticamente significativas en la funcionalidad, antes y después del tratamiento, comparados con los grupos de tratamiento de Terapias múltiples y de Terapia psicosocial.

La comparación entre grupos de tratamiento muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos de estudio después del tratamiento, por lo que se acepta la hipótesis. Estos resultados pueden interpretarse como que el efecto del tratamiento es similar en los tres grupos de estudio y son congruentes con lo que afirman Liberman y cols. (1998), Marder y cols. (1996) y Hayes y cols. (1995) y Hogarty y cols. Dichos autores comparan diferentes tipos de tratamiento encontraron que en general no existen diferencias significativas entre los tipos de tratamiento, que todos los pacientes se benefician de la intervención terapéutica y que sólo en aspectos muy específicos se observan cambios muy modestos, aunque Marder y cols. (1996) sí encontraron diferencias significativas a favor del tratamiento de entrenamiento de habilidades sociales vs. la terapia de apoyo grupal. Estos hallazgos son pertinentes para este estudio ya que se considera que una parte del trabajo que se realizó con musicoterapia fue el de entrenar específicamente algunas habilidades sociales empleando la musicoterapia y sus características. Al comparar cada grupo de tratamiento consigo mismo antes y después del tratamiento se observó que el grupo de musicoterapia presenta diferencias estadísticamente significativas en los dominios de estar con la gente y de participación en la sociedad. El primero está relacionado con las habilidades de interacción interpersonal, el segundo con el papel del individuo en la comunidad y como consecuencia, el interés y la participación en la misma. Los hallazgos son congruentes con lo que plantean Bellack y cols. (1997) que señalan que las habilidades que se entrenan son específicas, por lo que no se espera que haya resultados en otros aspectos como son el autocuidado o las actividades. Asimismo, Pavlicevic y cols. (1994) informan

que la musicoterapia en su modalidad de improvisación musical mejora las habilidades de interacción del paciente con el terapeuta.

Los autores informan que al comparar dos tipos de tratamientos psicosociales entre sí, no existen diferencias entre ellos en el funcionamiento social, lo cual es congruente con los resultados de este estudio (Marder y cols. 1996; y Dobson y cols. 1995). Schubart, y cols. (1986) informan que una de las áreas en las que los pacientes con esquizofrenia que les causaba mas discapacidad era el retraimiento social, mismo que disminuye en el grupo de musicoterapia según las puntuaciones del WHO-DAS II. Es necesario mencionar que el WHO-DAS II es un instrumento relativamente nuevo por lo que aun no existen estudios publicados sobre que informen de una mejoría en la funcionalidad como resultado de los tratamientos psicosociales.

No existen hasta la fecha estudios en el área de la musicoterapia que hayan estudiado de manera controlada como mejora la funcionalidad y las habilidades sociales y de la interacción social como consecuencia de este tipo de intervención, por lo que se puede considerar que estos resultados son un hallazgo importante para la disciplina.

A la hipótesis 2

La hipótesis que se planteó fue: No habrá diferencias estadísticamente significativas en la cantidad los síntomas negativos de los sujetos del grupo de musicoterapia antes y después del tratamiento al compararlos con los grupos de TM y de TP.

En cuanto a las diferencias estadísticamente significativas en los síntomas negativos de los sujetos del grupo de musicoterapia después del tratamiento al compararlos con los grupos de terapias múltiples y de terapia psicosocial, los resultados indican que no existen diferencias entre los grupos, por lo que se acepta la hipótesis. De lo cual se puede concluir que todos los tratamientos psicosociales que se estudiaron son igualmente efectivos para mantener a los síntomas estables.

Sin embargo al comparar a cada grupo consigo mismo antes y después del tratamiento se observa que el grupo de terapias múltiples muestra diferencias con el grupo de terapia psicosocial tiene diferencias estadísticamente significativas en la escala de síntomas negativos, el grupo de musicoterapia no muestra diferencias estadísticamente

significativas en ninguna de las escalas del PANSS, pero se aproxima en forma marginal en la de síntomas negativos.

Esto puede indicar que las intervenciones psicosociales no inciden directamente en la mejoría de los síntomas de manera que se observan cambios estadísticamente significativos, pero el hecho de que los síntomas se mantengan estables - e incluso que muestren una tendencia a la mejoría - como sucede con los síntomas negativos en el grupo de musicoterapia. Es importante tomar en cuenta que uno de los requisitos para ingresar al programa de tratamiento es que exista una estabilidad en los síntomas y que generalmente las puntuaciones tienden a ser bajas, por lo tanto es probable que por ello la disminución en los mismos no sea significativa. Cabe mencionar que Mojtabi y cols. (1998) encontraron como resultado de su estudio de meta-análisis que los tratamientos psicosociales no solo aumentan el efecto del medicamento, sino que también mejoran los síntomas negativos que se modifican poco con los medicamentos convencionales.

Este planteamiento es distinto de lo que señalan que plantean algunos en cuanto a que los síntomas mejoran con el tratamiento psicosocial (Dobson y cols. 1995), sin importar el tipo específico de tratamiento psicosocial que reciben los pacientes. En cuanto a la musicoterapia, Tang y cols. (1994) informan que los síntomas negativos de los pacientes mejoran como consecuencia de la musicoterapia. Pavlicevic y cols. (1994) señalan que los síntomas de los pacientes se mantienen estables durante el tratamiento con musicoterapia medidos con el BPRS). En el caso de este estudio los síntomas negativos mejoran aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, por lo que los resultados son congruentes con la literatura. Probablemente el tamaño del grupo de estudio puede ser un factor que impide observar diferencias estadísticamente significativas en este estudio

Es necesario estudiar este aspecto más a fondo, y en especial tratar de separar los diferentes síntomas para poder evaluar los efectos de la musicoterapia no sólo en el grupo de síntomas negativos sino en algunos más específicos como son la anhedonia y la abulia.

A la hipótesis 3

No habrá diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento entre los pacientes del grupo de musicoterapia, del grupo de terapias múltiples y del grupo de terapia psicosocial en el funcionamiento en el hogar.

Esta medida se refiere al informe del familiar sobre el funcionamiento en el hogar de su paciente. El análisis de los resultados muestra que si hubo diferencias significativas para la muestra total de pacientes que recibieron tratamiento psicosocial, pero al comparar entre sí a los tres grupos de tratamiento en el funcionamiento en el hogar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la escala total del cuestionario ni en ninguna de las subescalas del instrumento, por lo que se acepta la hipótesis de que no habrá diferencias entre los grupos de tratamiento. Una vez más se observa el mismo fenómeno que reportan otros autores en el sentido de que parece ser que los pacientes con esquizofrenia mejoran si reciben tratamiento psicosocial y que no ha sido posible identificar los elementos que promueven una mejoría. En el caso de la musicoterapia y solo en este caso se puede afirmar que además de las características propias del tratamiento- sobre todo el aspecto no verbal de la música y el aspecto vivencial/experiencial de la experiencia de improvisación, -, posee las características de otros tratamientos ya usados y probados que promueven una mejoría en el funcionamiento en el hogar según lo perciben los familiares de los pacientes.

Al comparar al grupo de musicoterapia al principio y al final del tratamiento se observaron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas del Informe del funcionamiento en el hogar -que se refieren a conductas de participación y cooperación en casa-, en comportamientos que indican la presencia de síntomas negativos y mejoría en miedo a salir a la calle (que es un indicador de la presencia de síntomas positivos), la diferencia consistía en que estos comportamientos habían disminuido al final del tratamiento. Es probable que tanto en funcionamiento en el hogar así como las conductas equivalentes a síntomas negativos muchas de las cuales implican la falta de energía y de motivación- hayan mejorado debido a que disminuyeron los síntomas negativos y por lo tanto los pacientes tenían más energía y motivación por lo que funcionaban mejor en casa. Esto puede ser atribuible a la musicoterapia ya que esta intervención tiene como elemento esencial el empleo del ritmo y de la experiencia musical, mismas que dan energía, y a que es una experiencia gratificante (Gaston, 1968), lo cual permite al participante -como consecuencia del trabajo terapéutico- sentirse más motivado y con más ganas de hacer las cosas, así como experimentar que él tiene que tomar la iniciativa para modificar su comportamiento y su funcionamiento.

Desafortunadamente, no se han encontrado estudios que respalden este planteamiento. Es importante señalar que este cuestionario fue respondido por los familiares del paciente, y que es su percepción de cambio la que se está evaluando. Este instrumento se elaboró con objeto de tener otro criterio de evaluación además de la información que provenía del paciente.

Los cambios que reportan los familiares son congruentes con lo que se observa en los resultados de los otros instrumentos, una disminución en los síntomas negativos (de acuerdo con el PANSS) y una mejoría en las habilidades de socialización y de interacción con las demás personas (según el WHO-DAS II).

A la hipótesis H4 que dice

Los sujetos que participan en el tratamiento de musicoterapia mostrarán diferencias en las habilidades sociales antes y después del tratamiento.

Se encontró que efectivamente sí existen diferencias, sobre todo en las conductas directamente empleadas en la interacción interpersonal que son sobre todo las no verbales y que incluyen: ver a los ojos de los compañeros, sonreír, el cambio en la expresión de la cara en diferentes momentos de la sesión, la disminución en la apariencia de aplanamiento afectivo (falta de expresión) en la cara, el aumento en la actividad física - que la inicio del tratamiento se observaba como muy limitada o disminuida, y en el ámbito de la conducta verbal, hablar espontáneamente con sus compañeros. Esto es congruente con lo que informan Bellack y cols. (1997) y Bellack y Mueser (1998) en el sentido de que las habilidades sociales tanto verbales como no verbales son esenciales para una interacción interpersonal adecuada. Asimismo, estos resultados coinciden con lo que informan Troisi y cols. (1998) cuando describen las conductas no verbales de los pacientes con esquizofrenia y afirman que estos muestran una restricción en su expresión no verbal, lo cual envía al interlocutor una señal de distancia afectiva y posiblemente de arrogancia, lo que le quita al paciente la posibilidad de mostrar empatía en sus interacciones. Estos autores plantean con base en los hallazgos de su investigación que es posible afirmar que la disminución en la expresividad no verbal juega un papel importante en la limitación para la interacción social de estos pacientes.

Asimismo, en cuanto al cambio en la entonación de la voz (disminución de la denotación de aplanamiento afectivo) es importante mencionar que las conductas que se refieren a la entonación de la voz y los cambios en ésta es una dificultad en estos pacientes . Pülscher y cols. (1998) afirman que estos la entonación es una dificultad en estos pacientes y en su estudio esta es una de las dimensiones en las que encuentran cambios a lo largo del tiempo (sin intervención.) En este estudio se encontró que si existen cambios en esta conducta a pesar de la falta de acuerdo entre los jueces. Como se mencionó en los resultados, los jueces tenían un 100% de acuerdo al inicio del tratamiento en cuanto a que todos las pacientes presentaban una limitación en la entonación lo cual daba la impresión de aplanamiento afectivo, pero este acuerdo no se mantuvo al final, donde los jueces muestran discrepancias importantes en su apreciación del cambio (54.54%). La dimensión del cambio la reportan en un 45.45% lo cual aunque no llena el criterio del 50% de cambio que se propuso para este estudio, si denota una tendencia hacia la mejoría. Probablemente la dificultad no estriba en cuántos pacientes cambiaron, sino que es una dimensión difícil de evaluar ya que se requiere de mucha experiencia y entrenamiento, y los jueces carecían de la primera. Es claro que es necesario estudiar más esta variable así como la forma de evaluarla con medios accesibles a nosotros ya que el estudio de Pülschen (1998) emplea tecnología a la cual por el momento no se tiene acceso en nuestro país

Los estudios de Keefe y cols. (1992), Bellack y cols. (1990) y Dworkin y cols. (1988) parecen indicar que las dificultades en la conducta social en la esquizofrenia no son solo una consecuencia del trastorno mental sino un componente intrínseco del proceso patológico. Es importante tomar en cuenta que los estudios de Troisi y cols. (1998) se hicieron con pacientes que no estaban tomando medicamentos neurolépticos, por lo que se puede excluir el efecto de los mismos en la comunicación no verbal, pero que es necesario tomar en cuenta en los pacientes de este estudio.

Si como muestran los resultados de este estudio, si a través de la musicoterapia es posible mejorar la expresión del afecto al modificar la conducta no verbal, así como las habilidades de interacción social de estos pacientes, entonces se les están brindando herramientas esenciales para poder interactuar con otras personas de manera más adecuada, lo cual -por lo menos en teoría- debe darles los recursos para relacionarse tanto

con su familia como en círculos sociales más amplios (escuela, trabajo, etc.) sin olvidar las limitaciones inherentes a la enfermedad. Sería necesario hacer un seguimiento para saber si este aprendizaje se generaliza a situaciones fuera de la terapia.

CONCLUSIONES

Es importante mencionar que fue importante realizar este estudio para comparar el empleo de la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica y responder a la pregunta de si esta técnica terapéutica es útil para tratar a este tipo de pacientes, a lo cual se tiene una respuesta. La segunda parte de la respuesta es que la musicoterapia es útil para desarrollar las habilidades sociales de los pacientes, y otras aplicaciones deberán ser estudiadas posteriormente.

Si bien la discusión de los resultados ha tratado estrictamente sobre los hallazgos relacionados con los objetivos y las hipótesis planteadas, se considera pertinente tocar otros puntos con relación a esta investigación, como son:

Los hallazgos del "grupo control".

Éstos indican que los pacientes con esquizofrenia no mejoran en su funcionalidad si no reciben tratamiento psicosocial además de recibir tratamiento farmacológico y atención psiquiátrica. Aunque este hallazgo ya se conoce y la literatura lo menciona (Tarrier y Bobees, 2002; Huxley, 2000; Mojtabi y cols. 1998), fue posible corroborarlo con los pacientes que posteriormente se sometieron a tratamiento psicosocial como parte de este proyecto, especialmente porque cada vez es más difícil —debido a los aspectos éticos— tener un grupo control sin tratamiento con el cual comparar las intervenciones terapéuticas.

Este estudio tiene una serie de alcances y limitaciones que es importante mencionar:

Limitaciones

1. En cuanto al tamaño de la muestra. Una de las principales dificultades en este estudio y en los que se mencionaron anteriormente (Díaz y cols, 1996; Murow y Unikel, 1997) fue la de juntar una muestra suficientemente grande para poder comparar diferentes intervenciones terapéuticas y hacer un análisis estadístico que brinde resultados generalizables por lo menos al tipo de pacientes con los que se trabajaron. En general las muestras para estudios de tratamiento de pacientes con esquizofrenia son pequeñas y las de estudios con musicoterapia lo son aun más, no más de 15 sujetos (Pavlicevic y cols., 1994; Pfeiffer y cols. 1987; Meschede y cols, 1983). Sin embargo es

posible superar esta limitación si se replican los estudios y se suman los pacientes que hayan sido sometidos a tratamientos idénticos. Ya Pfeiffer y cols(1987) y Aldridge (1993) mencionan que esto es un obstáculo para hacer investigación con pacientes psiquiátricos, lo cual podría ser una de las razones por las que cada vez se hace menos investigación en esta área. Sería necesario buscar en estudios posteriores alternativas para superar esta limitación.

2. Probablemente en esta misma línea surge el problema de los instrumentos para medir cambio terapéutico en el trabajo con pacientes con esquizofrenia. Aquí la dificultad estriba en que es necesario emplear instrumentos que además de tener las características psicométricas o clinimétricas adecuadas, también puedan emplearse con los pacientes con esquizofrenia, ya que debido a sus características, sobre todo de tipo cognitivo- como son los problemas en la atención, en la capacidad de comprensión y de abstracción, - tienen dificultad para comprender lo que leen o lo que se les dice. En este estudio una solución fue emplear otras fuentes de información como son familiares u otros profesionales que atienden al paciente, pero sin olvidar que no es la experiencia del paciente la que se está evaluando..

Para llevar a cabo esta investigación fue necesario buscar y construir instrumentos para poder evaluar el cambio y tener información suficiente y adecuada sobre los resultados del trabajo terapéutico.

En el caso específico de la musicoterapia, surge además la dificultad de evaluar el cambio dentro del proceso mismo del medio terapéutico. El Dr. Bruscia (1995) plantea la necesidad de evaluar la terapia dentro de su propio medio de trabajo (la música) y con instrumentos pertinentes. Para este estudio se propuso el empleo de los *Improvisational Assesment Profiles* (Bruscia, 1987), que permiten evaluar el cambio terapéutico en el quehacer musical. Los resultados de este análisis serán publicados posteriormente.

El uso de instrumentos clinimétricos permite comparar la intervención terapéutica con musicoterapia con otros tratamientos probados, de manera que la comunidad científica en general entienda qué se puede lograr con la musicoterapia, dar a conocer sus ventajas específicas y promover su aplicación.

3. Esto conlleva al planteamiento de los objetivos terapéuticos, como se mencionó anteriormente los estudios con este tipo de pacientes definen un sinnúmero de objetivos,

que en ocasiones parecieran sinónimos o aspectos muy similares y que en realidad no lo son (p.e. habilidades sociales vs. Funcionamiento social). Esto hace aun más difícil reconocer los cambios terapéuticos, por lo que se hace necesario establecer muy específicamente que es lo que se espera del tratamiento y al especificarse claramente los objetivos, estos parecen muy modestos. Desde el punto de vista de la autora y como lo mencionan los autores citados arriba, en general los logros con estos pacientes son más bien modestos, y son probablemente los cambios que uno observa en ellos a lo largo de la terapia lo que reitera y anima a seguir con el trabajo. Si limitáramos nuestros logros a los resultados obtenidos en los instrumentos, éstos serían más bien descorazonadores, por lo que es importante no dejar a un lado las observaciones y los aspectos cualitativos con estos pacientes.

4. El análisis de los cambios en la expresión del afecto y de la conducta no verbal se hizo únicamente en el grupo de Musicoterapia y se atribuyen directamente a esta intervención. No se sabe si los participantes en los otros grupos de tratamiento muestran algún cambio en esta área por lo que podría ser interesante estudiar estos aspectos y comparar los resultados con los del grupo que participó en musicoterapia.

Aportaciones del estudio

1. Es importante mencionar que en la literatura no existe ningún estudio en el que se compare de manera sistemática y con rigor metodológico a la musicoterapia con otros tratamientos psicosociales ya probados -en este caso la terapia psicosocial y la terapia de intervenciones múltiples. Los resultados indican que la musicoterapia es tan efectiva para desarrollar habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia como las otras dos formas de tratamiento, de lo cual se puede inferir que la musicoterapia tiene las mismas características y llena los mismos requisitos para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, además de que tiene sus propias cualidades.

Es necesario investigar más a fondo los mecanismos subyacentes al cambio provocado por la musicoterapia. Probablemente hay dos aspectos esenciales, uno es el que menciona Thaut(1990) quien plantea que es necesario modificar la experiencia emocional para poder experimentar el cambio cognitivo y conductual, y la musicoterapia es justamente lo que hace, "obliga" a los participantes a que a partir de la experiencia emocional se modifique la percepción de sí mismos y del mundo que los rodea. En el

caso de estos pacientes es trabajo del terapeuta conducirlos al cambio conductual, traduciendo para ellos la experiencia en la música, esto a pesar de las limitaciones en la vida afectiva y emocional que reportan los estudios.

2. Otro aspecto a considerar es que la musicoterapia ocurre en el campo de lo verbal pero sobre todo en el dominio de la experiencia no verbal, es una intervención que implica la vivencia del trabajo hacia el cambio, e incluso es posible que promueva la creatividad, y aunque esto puede parecer muy abstracto para este tipo de pacientes, el hecho de poder tener la experiencia correctiva dentro de la música y traducirla a las palabras y luego a la conducta es una forma diferente de encontrar alternativas a sus comportamientos disfuncionales. La experiencia en musicoterapia es de alguna manera como un ensayo del entrenamiento de habilidades sociales (social skills training) pero con un componente afectivo agregado.

Asimismo es importante considerar que el quehacer y la experiencia musical dentro del contexto terapéutico provocan una sensación de bienestar que los pacientes van experimentando a lo largo del tratamiento y que probablemente es un motivador para continuar con el trabajo en la terapia. Esto promueve la adherencia terapéutica y disminuye las deserciones, lo que en el caso de los pacientes con esquizofrenia es un problema ya que tienden a desertar rápidamente de los tratamientos. Asimismo en la experiencia con la música los participantes informan que se van sintiendo mejor conforme transcurre el tratamiento, estos hallazgos producto de esta investigación ya han sido publicados (Murow y Sánchez Sosa, 2003).

3. En la sección de limitaciones se mencionó que la falta de instrumentos psicométricos y clinimétricos adecuados puede llegar a ser una limitación para realizar investigación con los pacientes con esquizofrenia. Es importante mencionar que uno de los alcances de esta investigación fue desarrollar los instrumentos necesarios para poder tener la información necesaria. Aquí se incluye el Informe del Familiar sobre el Funcionamiento en el Hogar del Paciente con Esquizofrenia y el Autoinforme de Bienestar en la Sesión de Musicoterapia, así como el empleo por primera vez el WHO-DAS II para evaluar cambio terapéutico en pacientes con esquizofrenia.

CODA:

Después de todos los aspectos formales y de las conclusiones que conforman esta investigación, bien vale retomar algunos temas sobre esta experiencia. Podría comenzar con todos los obstáculos que se presentaron para realizar este proyecto, desde el tema, lo desconocido del mismo en nuestro país, el tipo de pacientes con el que se realizó, la dificultad para reclutarlos y las características propias de las instituciones, etc. Todo pareciera como si hubiese sido obstáculo tras obstáculo, dando la idea de que realizar este proyecto era más bien imposible. Pero todo es como una moneda que tiene dos lados, uno, el que arriba describo, el otro, totalmente opuesto. Haber realizado este proyecto ha sido una gran oportunidad: para estudiar cómo funciona la musicoterapia como técnica terapéutica con los pacientes con esquizofrenia crónica, para dar a conocer el tema desde una plataforma académica y formal, también, para abrir una brecha para este tipo de temas en el medio institucional, sin olvidar la oportunidad de seguir trabajando con los pacientes con esquizofrenia.

Si bien la experiencia fue en ocasiones difícil y en otras cansada, no cabe duda que fue sobre todo enriquecedora tanto desde el punto de vista académico como personal.

Probablemente este no es el final del trabajo, sino el principio, todavía quedan muchas preguntas por responder, muchos temas por investigar, mucha música que tocar. Seguramente este es el principio del camino para responder ¿De qué manera contribuye la musicoterapia al tratamiento de.....?

REFERENCIAS.

- Addington, D., Addington, J., Maticka-Tyndale, E. (1993). Rating depression in schizophrenia: a comparison of a self-report and an observer report scale. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 181: 561-565.
- Adler, R.F.(1984) My self... through music, movement and art. *Arts in Psychotherapy* Fall, 11(3) 203-208.
- Aldridge, D. (1996) Music Therapy research and practice in medicine. London: Jessica Kingsley
- Aldridge, D. (1999) Music Therapy in palliative care. London: Jessica Kingsley
- Aldridge, D. (2000) Music Therapy in dementia care. London: Jessica Kingsley
- Aldridge, D. (1993) Music therapy research: I A review of the medical research literature within a general context of music therapy research. Special issue: Research in the creative arts therapies. *Arts in Psychotherapy*. 20 (1)
- Alvin, J. (1975) *Music Therapy*. New York, Basic Books,
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- Andreasen, N.C. y Olsen, S (1982). Positive and negative schizophrenia definition and validation *Archives of General Psychiatry*. 39: 789-794.
- Andreasen, N.C.(1984) *Scale for the Assessment of Negative and positive Symptoms (SPAS)*. Iowa City, IA: University of Iowa.
- Andsell, G. (1995) Music for life: Aspects of creative music therapy with adult clients. London: Jessica Kingsley
- Anttinen, E.E. (1983) Can the vicious circle of chronicity and institutionalization be broken? *Psychiatria Fennica*, Vol. 14, 12-31.
- Appelo, M.T., Woonings, F.M.J., van Nieuwenhuizen, C.J. (1992). Specific skills and social competence in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 85: 419-422.
- Argyle, M., Bryant, B., Trower, P. (1974) Social skills training and psychotherapy: a comparative study. *Psychological Medicine*:4:435-43.
- Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall
- Barrowlough, C., Marshall, M., Lockwood, A., Quinn, J., Sellwood W. (1998) Assessing relatives' needs for psychosocial interventions in schizophrenia: a relatives' version of the Cardinal Needs Schedule (RCNS). *Psychological Medicine* May;28:531-42.
- Beebe, B; Feldstein, S; Jaffe, S; Mays, K; Slson, D. (1985) Interpersoanal timing; The applications of an adult dialogue model to mother-child vocal and kinetic interactions. En T.M. Field and N. Fox: (Eds.) *Social perception in infants*. Norwood, N.J. Ablex
- Bellack A.S., y Mueser.K.T. (1993) Psychosocial Treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19: 317-336
- Bellack, A.S. Mueser, K.T., Wade, J.H. (1992) The ability of schizophrenics to perceive and cope with negative affect. *British Journal of Psychiatry* 160: 473-480
- Bellack, A.S.; Morrison, R.L.; Wixted, J.T; Mueser, K.T (1990) An analysis of social competence in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156: 809-818
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S., Agresta, J. (1997). *Social Skills Training for Schizophrenia. A step by step guide*. New York: The Guilford Press.
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Wade, J.H. (1992) The ability of schizophrenics to perceive and cope with negative affect. *British Journal of psychiatry*. 160: 473-480.

- Bellack, A.S., Sayers, M; Mueser, KT y cols. (1994) An evaluation of social problem solving in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 103: 371-378
- Bellack, A.S.; Turner, S.M., Hersen, M. y Luber, R.F. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 35, 1023-1028
- Bellack, AS y Mueser, KT.(1993) Psychosocial treatment of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 19 (2), 317-336.
- Bellack,A.S., Blanchard, J.J. y Mueser, K.T. (1996) Cue availability and affect perception in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 22:535-44.
- Benjamin, B. (1983) "The singing hospital"- Integrated group therapy in the Black mentally ill. *South African Medical Journal*, 63 (23) 897-899.
- Berenbaum, H., y Oltmanns, T.F. (1992) Emotional experience and expression in schizophrenia and depression. *Journal of abnormal psychology*, 101:37-44.
- Berenbaum, SA; Abrams, R; Rosenberg, S. (1987)The nature of emotional blunting: a factor-analytic study. *Psychiatric Research*. 20:57-67.
- Berlyne, DE. (1971) *Aesthetics and psychobiology*. New York: Appleton -Century Crofts
- Bernadz, L.L.; y Nikkel, B. (1992). The role of music therapy in the treatment of young adults diagnosed with mental illness and substance abuse. *Music Therapy Perspectives* 10, 21-26
- Bever, T. (1988) A cognitive theory of emotion and aesthetics in music. *Psychomusicology*, 7, 165-175.
- Billler, JD; Olsen, PJ; y Breen T. (1974) The effect of "happy" versus "sad" music and participation on anxiety. *Journal of Music Therapy*, 11, 68-72.
- Blanchard JJ ; Panzarella, C. (1998) Affect and social functioning in schizophrenia en Mueser, KT y Tarrrier, N. (eds.) *Social Functioning in Schizophrenia*. Needham Heights, MA. Allyn Bacon
- Blanchard, JJ; Kring, AM y Neale, JM.(1994) Flat affect in schizophrenia: A test of neuropsychological models. *Schizophrenia Bulletin* 20:311-325.
- Bleuler E: Dementia Praecox or the group of schizophrenias (1911, 1950) Traducido por Zinkin J. New York: International University Press.
- Boczkowski, J; Zeichner, A; Desanto, N. (1985) Neuroleptic compliance among chronic schizophrenic outpatients: an intervention outcome report. *Journal of Consulting Psychology* 53: 666-671.
- Bonhert, K. (1999) Meaningful musical experience and the treatment of an individual in psychosis: A case study. *Music Therapy Perspectives*, 17, 69-73
- Bopp, J. (1955) A quantitative semantic analysis of word association in schizophrenia. *Dissertation Abstracts*, 15: 2292.
- Borod, J.C., Alpert, M., Brozgold, A., Martin, C., Welkowitz, J., Diller, L., Peselow, E., Angrist, B., Lieberman A. (1989) A preliminary comparison of flat affect schizophrenics and brain-damaged patients on measures of affective processing. *Journal of Communations Disorders* .22:93-104.
- Borod, JC Martin, CC; Alpert, M; Brozgold, A; Welkowitz, J. (1993) Perception of facial expression in schizophrenic und right brain-damaged patients. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 181: 494-502
- Brasseur, F. (1986). Musicotherapie, psychotherapie, et institution d'aide: L'impossible mariage? *Soins Psychiatric*, 66, 11-15.

- Braswell C, Brooks DM, Decuir AA, Humphrey T, Jacobs KW, Sutton K. (1986) Development and implementation of a music/activity therapy intake assessment for psychiatric patients. Part II: Standardization Procedures on Data from Psychiatric Patients. *Journal of Music Therapy*. XXIII(3): 126-141.
- Braswell, C. Maranto, C. y Decuir, A. (1979) A survey of clinical practice in music therapy. Part I. *Journal of Music Therapy*, 16(1), 2-16.
- Braswell, Charles; Brooks, Darlene M.; Decuir, Anthony A.; Humphrey, Terrence; y cols. (1983) Development and Implementation of a Music/Activity Therapy Intake Assessment for psychiatric Patients: I. Initial Standardization Procedures on Data from University Students. *Journal-of-Music-Therapy*: Sum Vol 20(2) 88-100
- Brenner, H; Hodel, B; Roder, V; Corrigan, P. (1992) Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 18: 21-26.
- Brooks, D. (1989) Music therapy enhances treatment with adolescents *Music Therapy Perspectives* 6, 37-39.
- Brown, M.A., y Munford, A.M., (1983). Life skills training for chronic schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 171: 466-470.
- Bruscia, K.E. (1987) *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield, MO, Charles C. Thomas.
- Bruscia, K.E. (1998) *Defining Music Therapy*. 2nd Ed. Barcelona Publishers: New Hampshire.
- Bruscia, KE. (1995) Client assessment in music therapy. Manuscrito no publicado.
- Bruscia, KE. (1991) Case studies in music therapy. Phoenixville, PA: Barcelona Publishers
- Buchanan, R.W. y Carpenter, W.T. (2001) Evaluating negative symptoms treatment efficacy en Keefe, R.S.E. y McEvoy, J.P. (Eds.) *Negative Symptom and Cognitive Deficit Treatment Response in Schizophrenia*. Washington, D.C. American Psychiatric Press. Inc.
- Buchanan RW y Carpenter, WT Jr. (1994). Domains of psychopathology and approach reduction of heterogeneity in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 182: 193-204.
- Buchkremer, H; Klinberg, S; Holle, R; Schulze, Monking, H; Hornung, WP. (1997). Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or caregivers: results of a 2 year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 96: 483-491.
- Bunt, L. (1994) *Music Therapy: an art beyond words*. London: Routledge.
- Bustillo, J.R., Thaker, G., Buchanan, R.W. (1997) Visual information-processing impairments in deficit and non-deficit schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 154: 647-654
- Bustillo, JR; Lauriello, J; Horan, WP; Keith, SJ. (2001) The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry*, 158: 163-175.
- Campbell, D.; y Stanley, J (1973). *Diseños experimentales y quasi-experimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Carle, I.L.; (1982) Music therapy in a different key. *Music Therapy* 2(1) 63-71.
- Carpenter, W.T., Hendricks, D.W. y Wagman, A.M.I. (1988). Deficit and non deficit forms of schizophrenia: the concept. *American Journal of Psychiatry* 145:578-583.
- Carpenter, W.T., Keith, S.J. (1986). Integrating treatments in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America* 9: 153-164.
- Carpenter, W.T.Jr., Buchanan, R.W, Kirkpatrick, B. (1993) Strong inference, theory falsification and the neuroanatomy of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 50:825-831.

- Cassity, M. (1976) The influence of a music therapy activity upon peer acceptance, group cohesiveness and interpersonal relationships of adult psychiatric patients. *Journal of Music Therapy* 13, 66-7
- Cassity, MD y Cassity, JE, (1994) Psychiatric Music Therapy Assessment and Treatment in Clinical Training Facilities with Adults, Adolescents, and Children'. *Journal of Music Therapy*, 31 (1), 2-30
- Chapman, L.J., Chapman, J.P. (1978) Revised Physical Anhedonia Scale. Unpublished test. En Limpert, C., y Amador, X.A., (2001) Negative symptoms and the experience of emotion, en Keefe, R.S.E. y McEvoy, J.P. (eds.) *Negative Symptoms and Cognitive deficit Treatment Response in Schizophrenia*. Washington, D.C. American Psychiatric Press.
- Chun, K.A.; Davidson, H.A. (1987) Examining the affect of chronic schizophrenic male patients towards three occupational therapy activities. *Occupational Therapy in Mental Health* 7 (4) 81-97
- Clynes, M. (1978) *Sentics: The touch of emotions*. New York: Anchor books.
- Condon, W.S., y Ogston, W.D. (1966) Sound film analysis of normal and pathological behavior patterns. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 143, 338-347
- Cook, M. y Freethy, M. (1973) The Use of Music as a Positive Reinforcer to Eliminate Complaining Behavior. *Journal of Music Therapy*, 10 (4) 213-216.
- Corrigan PW; Green, MF; Toomey, R. (1994). Cognitive correlates to social cue perception in schizophrenia. *Psychiatric Research*, 53: 141-151
- Corrigan, Patrick W.; Liberman, Robert P.; Wong, Stephen E. (1993) Recreational therapy and behavior management on inpatient units: Is recreational therapy therapeutic? *Journal of Nervous and Mental Disease* Oct Vol 181(10) 644-646
- Courtright, P., Johnson, S., Baumgartner, M. A., Jordan, M., & Webster, J. C. (1990). Dinner nursing: Does it affect the behavior of psychiatric inpatients? *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 28(3), 37-40.
- Cramer P., Weegmann, M., O'Neill, M. (1989) Schizophrenia and the perception of emotions: how accurately do schizophrenics judge the emotional states of others? *British Journal of Psychiatry*, 155:225-228.
- Curran, J.P., Wessberg, H.W., Farrell, A.D., Monti, P.M., Corriveau, D.P., Coyne, N.A. (1982) Social skills and social anxiety: are different laboratories measuring the same constructs? *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 50:396-406
- Crozier, J. B. (1974) Verbal and exploratory responses to sound sequences varying in uncertainty level. In D. E. Berlyne (Ed.), *Studies in the new experimental aesthetics: steps toward an objective psychology of aesthetic appreciation*. Washington, D. C. Hemisphere, 1974
- Cutting, J. (1981) Judgement of emotional expression in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 139: 1-6.
- Davis, W.B.; Gfeller, K.E.; y Thaut, M.H. (1992) *An introduction to Music Therapy. Theory and practice*. Dubuque, Wm. C. Brown Publishers.
- De I'Etoile, S.K (2002) The effectiveness of music therapy in group psychotherapy for adults with mental illness. *The Arts in Psychotherapy* 29 69-78
- De Moura Costa, Clarice S.; de Sampaio Vianna, Martha N. (1984) Musicoterapia: Uma Pesquisa sobre sua Utilizacáo para Pacientes Esquizofrenicos. *Jornal Brasileiro-de-Psiquiatria*; Jun. Vol. 33(3) 178-185.
- DeGiacomo, P. Pierri, G. Santoni Rugiou, A. Bounsante, M; Vadruccio, F; Zavoiani L. (1997) Schizophrenia; A study comparing a family therapy group following a paradoxical

- model plus psychodrugs and a group treated by the conventional clinical approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95: 183-188.
- DeLong, G. R. (1978). A neuropsychologic interpretation of infantile autism. In M. Rutter & E. Schopler (Eds.), *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum Press.
- Devisch, R., & Vervaeck, B. (1986). Doors and thresholds: Jeddi's approach to psychiatric disorders. *Social Science & Medicine*, 22(5), 541-551.
- Díaz R. Rascón, M.L, Valencia, M. Unikel, C, Murow, E; Rascón, D. Leñafos, C, Ortega, H.(1999) El Programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a dos años. *Salud Mental*. Vol. 22, Número especial, dic.
- Díaz, M.R. Murow, T.E., Ortega, H. Valencia, M. Rascón, M. Ramírez, I. El manejo del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*. Vol. 19, No. 4, 1996, 1-7
- Dilk MN y Bond, GR (1996) Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 6: 1337-1346.
- Dobson, D.J. G.; MacDougall, G; Busheikin, J; y Aldous, J. (1995) Effects of social skills training and social milieu treatment groups on symptoms of schizophrenia *Psychiatric Services*, 46, 376-380
- Drury, V; Birchwood, M; Cochrane, R; McMillan, F; (1996) Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial, I: impact on psychotic symptoms. *British Journal of psychiatry*. 169: 593-601.
- Dworkin, R.H., Lezenweger, M.F. Moldin, S.O. (1988) A multidimensional approach to the eugenetics of schizophrenia. *American Journal of psychiatry*, 145: 1077-1083.
- Eckman, TA; Wirshing, WC; Marder, SR; Liberman, RP; Johnston.Cronk, K; Zimmerman, K; Mintz, J. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 149: 1549- 1555.
- Eckman, P., y Friesen, W.V., 1975
- Edgerton, ML (1994) The Effect of Improvisational Music Therapy on the Communicative Behaviors of Autistic Children. *Journal of Music Therapy*, 21 (1), 31-62
- Ettenberg A. (1989) dopamine, neuroleptics and reinforced behavior. *Neuroscience biobehavioral review*. 30:309-317 en Limpert, C., y Amador, X.A., (2001) Negative symptoms and the experience of emotion, en Keefe, R.S.E. y McEvoy, J.P. (eds.) *Negative Symptoms and Cognitive deficit Treatment Response in Schizophrenia*. Washington, D.C. American Psychitric Press.
- Falloon, IRH, Coverdale, JH, Broker, C (1996) Psychosocial interventions in schizophrenia: A review *International Journal of Mental Health* 25: 3-21
- Feder, E. y Feder, B. (1981) *The Expressive Arts Therapies. Art, Music and Dance as Psychotherapy*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, Inc.
- Feinberg, T.E., Rifkin, A., Schaffer, C y cols. (1986) Facial discrimination and emotional recognition in schizophrenia and affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43: 276-279.
- Frank, AF; y Gundersen, JG (1990) The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry* 47: 228-236

- Fridlund, AJ (1991) Human facial expression: an evolutionary view. New York: Academic Press, 1994.
- Gaebel, W; Wolwer, W. (1992) Facial expression and emotional face recognition in schizophrenia and depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 242: 46-52 en Limpert, C., y Amador, X.A., (2001) Negative symptoms and the experience of emotion, en Keefe, R.S.E. y McEvoy, J.P. (eds.) *Negative Symptoms and Cognitive deficit Treatment Response in Schizophrenia*. Washington, D.C. American Psychiatric Press.
- Ganev, K. (2000) Long-term trends of symptoms and disability in schizophrenia and related disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35: 389-395.
- Gardner, H; Silverman, J; Denes, G; Semenza, C. y Rosenstiel, AV; (1977) Sensitivity to musical denotation and connotation in organic patients, *Cortex*, 13, 242-256 en Thaut, (1990) Neuropsychological processes in music perception and their relevance in music therapy.. In R. Unkefer (Ed.) *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions* (p. 3-32) New York; Schirmer Books.
- Gaston, E. T. and Eagle, C. T., Jr (1970). The function of music in LSD therapy for alcoholic patients. *Journal of Music Therapy*, VII (1) 3-19
- Gaston, ET. (1968). *Music in Therapy*. The Macmillan Company :New York.
- Geraldo, H. De las Carreras, C., Osuna, A. Y cols. (1990). Self-reports in chronic schizophrenic patients with primary negative symptoms: preliminary results. *Pharmacopsychiatry*, 23: 195-197.
- Goldman, CR y Quinn FL.(1988) Effects of patient education program in the treatment of schizophrenia *Hospital Community Psychiatry* 39: 282-286
- Graham, R. (1980) Music Therapy: The state of the field. *NAPPH Journal* 11(2), 32-39.
- Gunderson, JG; Frank, AF; Katz, HM; Vanicelli, ML; Frosch, JP; Knapp, PH. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia. II: comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin* 10: 564-598.
- Haakenaasen, K. Ugelstad, E.(1986) What is effective in the psychosocial treatment of younger chronic schizophrenic inpatients? A 10 year follow-up study *Nordisk Psykiatrisk tidsskrift* 40(4)
- Haberman, M.C.; Chapman, L.J. Numbers, J.S. y cols.(1979) Relation of social competence to scores on two scales of psychosis proneness. *J. of Abnormal Psychology*. 88: 675-677
- Hargreaves, DJ y orth, AC. (1999) The functions of music in everyday life: Redefining the social in music psychology. *Psychology of Music*, 27 (1) : 71-83
- Harvey, C.A., Curson, D.A., Pantelis, C. y cols. (1996). Four behavioral syndromes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 168: 562-570.
- Haskins, B., Shutt, M.S., Jr., Kellogg, E. (1995) Affect processing in chronically psychotic patients: development of a reliable assessment tool. *Schizophrenia research* 15- 291-297.
- Hayes, R L.; Halford, W. Kim; Varghese, Frank-N.(1991) Generalization of the effects of activity therapy and social skills training on the social behavior of low functioning schizophrenic patients. *Occupational Therapy -in -Mental -Health*. Vol. 11(4) 3-20.
- Hayes, R.L.; Halford, W.K. y Varghese F.T. (1995) Social skills training with chronic schizophrenic patients: effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy* 26, 433-449
- Heal, M. y Wigram, T (Eds.) (1993) *Music therapy in health and education*. London: Jessica Kingsley

- Henderson, S.M. (1983) Effects of a music therapy program upon awareness of mood music, group cohesion, and self-esteem among hospitalized adolescent patients. *Journal of Music Therapy*, 20, 14-20.
- Hendricks CB. (2001) A study of the use of music therapy techniques in a group for the treatment of adolescent depression. Dissertation Abstracts International Section A; Humanities and Social Studies Aug, Vol 62(2-A); 472.
- Hodel, B; Brenner, HD. (1994) Cognitive therapy with schizophrenic patients: conceptual basis, present state, future directions. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.* 90: 108-115.
- Hoffman y Kupper, (1997) Relationships between social competence, psychopathology and work performance and their predictive value for vocational rehabilitation of schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Research* 23:69-79.
- Hogarty, G.E.; Anderson, C.M.; Reiss, D.J.; Kornblith, S.J.; Greenwald, P; Javna, C.D., Madonia, M.J. (1986). Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One year effects of a controlled study on relapse and expresses emotion.. *Archives of General Psychiatry.* 43 633-642.
- Hogarty, G; Anderson, C; Reiss, D; Kornblith, S; Greenwald, D; Ulrich, R; Carter, M. (1991) family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia II; two year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry;* 48: 340-347.
- Holloway, F., y Carson, J. (1998). Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial. *British Journal of Psychiatry.* 172:19-22.
- Huron, D. (1999) Is music an evolutionary adaptation? *Annals of the New York Academy of Sciences.* 43-61.
- Huxley, N.A.; Rendall, M; Sederer, L. (2000) Psychosocial Treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 188, 187-201
- Issadikis C, Sanderson, K; Teeson, M; Johnston, S; Buhrich, N. (1998) Intensive case management in Australia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 99: 360-367.
- Jackson, H.J., Minas, I.H., Burgess, P.M. (1989). Is social skills performance a correlate of schizophrenia subtypes? *Schizophrenia Research* 2:301-309.
- James Mark R.; Townsley, Robin K. (1989) Activity therapy services and chemical dependency rehabilitation *Journal-of-Alcohol-and-Drug-Education*; Spr Vol 34(3) 48-53.
- Jarozinski, J., Wiocks, J; Stanikowska, I. Wronaka, A; y Stepien, E. (1983) [Results of complex hospital treatment of schizophrenic psychoses] *Psychiatr Pol*, 17, (2), 113-116
- Jarvis, J. (1988). Guided imagery and music (GIM) as a primary psychotherapeutic approach. *Music Therapy Perspectives.* 7, 69-72.
- Jellison, J. A. (1975) The effect of music on autonomic stress responses and verbal reports. In C. K. Madsen, R. D. Greer, & C. H. Madsen, Jr. (Eds.), *Research in music behavior: Modifying music behavior in the classroom*. New York: Teachers College Press.
- Johnson, ER. (1981) The role of objective and concrete feedback in self-concept treatment of juvenile delinquents in music therapy. *Journal of Music Therapy.* 18, 137-147.
- Kanas N, Deri, J. Ketter, T y Fein, G. (1989). Short- term outpatient therapy groups for schizophrenics. *International Journal of Group Psychotherapy* 39: 517-522.

- Kay, S.R., Fiszbein, A., Vital-Herne, M., Fuentes, L.S.(1990) The Positive and Negative Syndrome Scale--Spanish adaptation. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 178:510-7.
- Kay, S.R., Opler, L.A. y Lindenmayer, J.P. (1989) The positive and negative syndrome scale (PANSS): Rationale and standardization. *British Journal of Psychiatry*, 155, 59-65
- Keefe, RS y McEvoy, JP. Eds. (2001) *Negative Symptom and Cognitive Deficit Treatment Response in Schizophrenia*. Washington, D.C. American Psychiatric Press.
- Keefe,RS; Mohs, RC; Looney, MF, y cols. (1987), Characteristics of very poor outcome in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 889:895
- Kendler, K.S. y Walsh,D. (1998) The structure of psychosis: syndromes and dimensions. *Archives of General Psychiatry*, 55:508-509
- Kerr, S.L. y Neale, J.M. (1993) Emotion perception in schizophrenia: specific deficit of further evidence of generalized poor performance? *Journal of Abnormal Psychology* 102: 312-318.
- Kerr, T; Walsh, J; Marshall, A. (2001) Emotional change process in music assisted reframing. *Journal of Music Therapy*, Fall 38 (3), 193-211
- Kirkpatrick, B; Buchanan, RW; y Breier A. (1994) Depressive symptoms and the deficit syndrome of schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 182:452-455.
- Klyczek, James P.; Mann, William C. (1986) Therapeutic modality comparisons in day treatment. *American Journal of Occupational Therapy*; Sep Vol 40(9) 606-611.
- Kraepelin, E. (1919) *Dementia Praecox and Paraphrenia* traducido por Barclay, R.M. Huntigdon, N.Y. R.E. Krieger, 1971.
- Kring, AM; Kerr, SL; Smith, DA; Neale, JM (1993) Flat affect inschizophrenia does not reflect diminished subjective experience of emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 102: 507-517.
- Kuipers, E; Fowler, D; Garety, P; Chisholm, D; Freeman,D; Dunn, G; Bebbington, P; Hadley, C. (1998) London-East-Anglia randomized controlled trial of cognitive -behavioural therapy for psychosis, III: follow-up and economic evaluation at 18 months. *British Journal of Psychiatry*. 173: 61-68.
- Kuipers, E; Garety, P; Fowler, D; Dunn, G; Bebbington, P; Freeman, D; Hadley, C.; (1997) London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive- behavioral therapy for psychosis. I: Effects of treatment phase. *British Journal of psychiatry*. 171: 319-327.
- Kupperschmitt, Josette; Sizaret, Pierre (1981) Une experience de resocialisation par la flute a bec. *Psychologie Medicale*; Nov. Vol. 13(12) 1989-1991
- Lang, P. (1977) Imagery in Therapy. *Behavior Therapy* 8, 862-886. en Thaut, (1990) Neuropsychological processes in music perception and their relevance in music therapy.. In R. Unkefer (Ed.) *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions* (p. 3-32) New York; Schirmer Books.
- Langdon, Gillian S.; Pearson, Judith; Stastny, Peter; Thorning, Helle.(1989) The integration of music therapy into a treatment approach in the transition of adult psychiatric patients from institution to community. *Music Therapy*;Vol 8(1) 92-107
- Lauriello J; Bustillo, J; Keith, S. (1999) A critical review of research on psychosocial treatment in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 46: 1409-1417.
- Lee, CA (1996) *Music at the edge: the music therapy experiences of a musician with AIDS*. London: Routledge.
- Lee, CA, (ed) (1995) *Lonely waters*. Oxford: Sobell

- Lewis, S.F, y Garver, D.L. (1995). Treatment and diagnostic subtype in facial affect recognition in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*. 29: 5-11.
- Lieberman RP; Wallace, CJ; Blackwell, G; Kopelowicz, A; Vaccaro, AJ; y Mintz, J. (1998) Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 155: 1087- 1091.
- Lieberman, R.P. (1982 año ojojojajo) Assessment of social skills. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 8 (1) 62-84.
- Lieberman, R.P., DeRisi, W.J., Mueser, K.T. (1989) *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Lilley,J.; Jackson,LT. (1993) . The value of activities: Establishing a foundation for cost-effectiveness: A review of the literature. *Activities, Adaptation and Aging*; Vol 18(1) 49-64.
- Limpert, C., y Amador, X.A., (2001) Negative symptoms and the experience of emotion, en Keefe, R.S.E. y McEvoy, J.P. (eds.) *Negative Symptoms and Cognitive deficit Treatment Response in Schizophrenia*. Washington, D.C. American Psychitric Press.
- Lubart, L. (1985) The use of structured art and movement with chronic schizophrenic adults. *Pratt Institute Creative Arts Therapy Review* Vol. 6
- Luborsky, L.; Diguer, L; Luborsky, E; McLellan, T; Woody G; Alexander, L;(1993) Psychological Health-Sickness (PHS) as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 61: 542-548
- Lukoff, D.; Wallace, C; Lieberman, P, y Burke, K. (1986). A holistic program for chronic schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*
- Lysaker, P.H., Bell, M.D., Zito, W.S. y cols. (1995) Deficits and predictors of improvement in schizophrenia. *Journal of Nervous and Menatl Disorders*. 183: 688-692.
- Madsen, C K., Greer, R. D, Madsen, C.H. (Eds.). (1975) *Research in Music Behavior: Modifying Music Behavior in the Classroom*. New York: Teachers College Press.
- Mandler, G. (1984) *Mind and Body*. New York: Norton.
- Marder, SR; Wirshing, WC; Mintz, J; McKenzie, J; Johnston, K; Eckman, TA; Lebell, M; Zimmerman, K; y Lieberman, RP. (1996) Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 153, 1585-1592.
- Marshall, M., Hogg, L.L., Gath, D.H. (1994) The Cardinal Needs Schedule: a modified version of the MRC Needs for Care Assessment Schedule. *Psychological Medicine* 25: 603-617.
- Maurer, T; Smith, D.; Armetta, C. (1989) Single pupose vs. added purpose activity: Performance comparisons with chronic schizophrenics. *Occupational Therapy in Mental Health*,9 (3) 9-20.
- May, PRA; Tuma, AH; Dixon, WJ; Yale, C; Thiele, DA; Kraude, WH; (1981) Schizophrenia: a follow-up study of the results of five forms of treatment. *Archives of General Psychiatry* 38: 776-784.
- McFall, R.M. (1982). A review and reformulation of the concept od social skills. *Behavioral Assessment*, 4:1-33
- McFarlane,WR; Lukens, E; Link, B; Dushay, R; Deakins, SA; Newmark, M; Dunne, EJ; Horen, B; Toran, J (1995). Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52: 679-687.
- McGinty, J. (1980) Survey on duties and responsibilities of current music therapy positions. *Journal of Music Therapy* 12(3), 148-166.

- McMullen, P. T. (1980). Music as perceived stimulus object and affective responses: An alternative theoretical framework. En D. A. Hodges (Ed.), *Handbook of music psychology*. Lawrence, KS: NAMT.
- Medalia, A.; Aluma, M.; Tyron, W.; y Merriam (1998) Effectiveness of attention training on schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 24 147-152.
- Medalia, A.; Revheim, N.; Casey, M. (2000). Remediation of memory disorders in schizophrenia. *Psychological Medicine*. 30. 1451-1459.
- Meinecke, B. "Music and Medicine in Classical Antiquity", in *Music and Medicine*, (eds. Dorothy M. Schullian and Max Schoen. New York: Henry Scuman, 1948, reprinted by Books for Libraries Press, Freeport, New York, p. 57.)
- Meltzer, HY (1999). Outcome in schizophrenia: Beyond symptom reduction. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (suppl): 3-7
- Merriam (1964) *An anthropology of music*. Evanston, IL; Northwestern University Press
- Meschede, H.; Bender, W.; y Pfeiffer, H. (1983) [Music therapy with psychiatric problem patients] *Psychotherapie, psychosomatic Med. Psychologie*. 33(3) 101-106
- Meyer, L. (1956) *Emotion and meaning in music*. Chicago: University of Chicago Press
- Michel, D.E., y Martin, D. (1970) Music and self-esteem research with disadvantaged problem boys in elementary school. *Journal of Music Therapy*, 7, 124-128.
- Michel, D. (1965) Professional profile: the NAMT member and his clinical practices in music therapy. *Journal of Music Therapy* 2 (4), 124-129.
- Moe, T.; Roosen, A.; Raben H. (2000) Restititional factors in group music therapy with psychiatric patients based on a modification of guided imagery and music (GIM). *Nordic Journal of Music Therapy*. 9 (2), 36-50.
- Mojtabai, R.; Nicholson, RA.; Carpenter, BN (1998) Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*. 24:569-587
- Morrison, R.L. y Bellack, A.S. (1981) The role of social perception in social skills *Behavior Therapy*, 12, 69-79.
- Mueser T., Bellack AS, Morrison, RL (1990) cols., Social competence in schizophrenia: pre-morbid adjustment, social skill and domains of functioning. *Journal of Psychiatric Research* 24:51-63.
- Mueser, K y Bellack, A.S. (1998). Social Skills and social functioning en K.T. Mueser y N. Tarieri (Eds.) *Handbook of social functioning in schizophrenia*. (pp. 79 -96) New York: Allyn and Bacon.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Douglas, M.S., Wade, J.H. (1991) Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. *Psychiatry Research*, 37:281-96.
- Mueser, KT; Blanchard, JJ; y Bellack, AS (1995). Memory and social skill in schizophrenia: the role of gender. *Psychiatry Research*, 57, 141-153.
- Murow, E. (1997) La musicoterapia como parte de un programa de intervenciones terapéuticas múltiples, en el tratamiento de un grupo de pacientes con esquizofrenia en fase crónica. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UNAM: México.
- Murow, T.E. (1998) El uso de la musicoterapia para mejorar las relaciones interpersonales de los pacientes con esquizofrenia. *Revista de Psicología Iberoamericana*, Vol.6, No. 4.
- Murow, T.E., y Unikel, S.C. (1997) La musicoterapia y la terapia de expresión corporal en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 20, 35-40.

- Murow, T.E. y Sánchez-Sosa, J.J. (2003) La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Saluda Mental* 26: 47-58
- Murow T.E., y Unikel, S.C. (2001) La musicoterapia y la terapia de danza y movimiento expresivo: aproximaciones novedosas al tratamiento del paciente con esquizofrenia. En Ortega, SH y Valencia CM (Eds.) *Esquizofrenia, estado actual y perspectivas*. México, D.F. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".
- Murphy, D; Cutting, J. (1990) Prosodic comprehension and expression in schizophrenia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 53: 727- 730.
- National Association for Music Therapy. (1980) *Music Therapy as a career*, brochure. The Washington, D.C: The National Association for Music Therapy, Inc
- Nick, Elieth. (1987) Musicoterapia: Estudos preliminares de uma nova tecnica musicoterapica para pacientes esquizofrenicos. *Jornal-Brasileiro-de-Psiquiatria*; May-Jun Vol 36(3) 185-188.
- Nielsen, S. y Cezarec, Z. (1982) Emotional experience of music as a function of music structure. *Psychology of music* 10 (2), 7-17.
- Nielsen, S; y Cezarec, Z. (1981) On the perception of emotional meaning in music. *Psychology of Music*, 9 (2), 17-31.
- Nisenson, LG; y Berenbaum, H. (1998) Interpersonal Interactions in individuals with schizophrenia; Individual differences among patients and their partners. *Psychiatry* 61: 2-11.
- Noh, S. y Turner, R.J.(1987) *Living with Psychiatric Patients: Implications for the Mental Health of family members*. *Social Science and Medicine*, 25: 263-271.
- Nordoff, P y Robbins, C. (1977) *Creative Music Therapy*. New York: John Day Company.
- Novic, J., Luchins, D.J., Perlina, R. (1984). Facial affect recognition in schizophrenia. Is there a differential deficit?. *British Journal of Psychiatry*. 144: 533-537.
- Odel-Miller, (1999) Investigating de value of music therapy in psychiatry. Developing research tools arising from clinical perspectives, en Wigram, T y De Baeker, J. (Eds.) *Clinical applications of music therapy in psychiatry*. London: Jessica Kingsley
- Organización Mundial de la Salud. (2001) *Página de WHO-DAS II*. Internet.
- Organización Mundial de la Salud. (1992) *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor
- Ortega, S.H., García Perales, S., Imaz, B., Pachaco Patzin, J., Bruner, E., Apiquian, R., De la Torre, M.P. (1994) Validez y reproductibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*.17:7-14.
- Pailles, J. (1985) L'apport dela musicotherapie a la prise en charge des schizophrenes. *Bullerin de la Academie National de Medicine de Paris*. 169 (2) 279-304
- Palmer, M.D. (1977) Music Therapy in a comprehensive program of treatment and rehabilitation for the geriatric resident. *Journal of Music Therapy* Win 14(4).
- Papousek, M; y Papousek, H. (1981). Musical elements in rthe infant's vocalization: their significance for communication, cognition and creativity. Norwood, NJ: Ablex
- Pavlicevic, M. Y Trevarthen, C. (1989). A musical assessment of psychiatric states in adults. *Psychopathology*. 22, 325-334.
- Pavlicevic, M. (1995) Interpersonal processes in Clinical improvisation: Towards a subjectively objective systematic definition. En Wigram, T; Saperston, B; West, R. (eds.) *The art and science of music therapy: a handbook*. Amstehrdam, the Netherlands: Hardwood

- Academic Publishers GmbH Pavlicevic, M. (1999) Music Therapy- intimate notes. London: Jessica Kingsley
- Pavlicevic M; Trevarthen, C; Duncan, J. (1994) Improvisational music therapy and the rehabilitation of persons suffering from chronic schizophrenia. *Journal of Music Therapy*, XXXI, 86-104.
- Penn DR y Muesser, KT. (1996). Research update on the psychosocial treatments of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 153: 607-617.
- Penn, D.L., Muesser, K.T., Spaulding, W. (1995) Information processing and social competence in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21:269-232.
- Penn, DL; Hope, DA; Spaulding, W. y cols. (1994). Social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 11: 277-284.
- Peralta V; Cuesta , MJ; de Leon, J. (1995). Positive and negative symptoms/syndromes in schizophrenia: reliability and validity of different diagnostic systems. *Psychological Medicine*, 25: 43-50.
- Pfeiffer, H.; Wunderlich, S; Bender, W; Elz, U; y Horn, B. (1987) [Musi cimprovisation with schizophrenic patients/ a controlled study in the assessment of therapeutic effects] *Rehabilitation Stuttgart*, 26 (4) 184-192.
- Pilling S, Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Martindale, B., Orbach, G., Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analysis of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32:783-791
- Pogue-Geile, MF; Harrow, M. (1984). Negative and positive symptoms in schizophrenia and depression: a follow-up. *Schizophrenia Bulletin*, 10 : 371-387, 1984.
- Priestly, M. (1990) Analytical music therapy and "The detour through fantasy". *British Journal of Projective Psychology and Personality Study*; Jun Vol 25(1) 11-15
- Rachman, S. (1981). The primacy of affect: Some theoretical implications. *Behavior Research and Therapy*, 19, 279-290.
- Ridgeway, C.L. (1976). Affective interaction as a determinant of music involvement . *The Sociological Quarterly* 17, 414-438.
- Rosenheck, RA; Neale, MS. (1998) Cost-effectiveness of intensive psychiatric community care for high users of inpatient services. *Archives of General Psychiatry*, 55:459-466.
- Sachs, C. (1955) *Our Musical Heritage* 2nd ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, en Feder, y Feder, (1981) *The Expressive Arts Therapies. Art, Music and Dance as Psychotherapy*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, Inc..
- Sarti, P; y Cournos, F. (1990) Medication and Psychotherapy in the treatment of chronic schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*. 13: 215-229.)
- Schene, A.H., Tessler, R.C., Gamache, G.M. (1994) Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 29:228-40.
- Schooler, .N.R., Keith, S.J., Severe, J.B. y Matthews S. (1989) Acute treatment response and short term outcome in schizophrenia: first results of the NIMH treatment strategies in schizophrenia study. *Treatment Strategies in Schizophrenia Collaborative Study Group. Psychopharmacology Bulletin*, 25:331-5.
- Schooler, NR; Keith, SJ; Severe JB; Matthews, SM. Bellack, AS, Glick, ID; Hargreaves, WA, Kane, JM; Ninan, PT; Frances, A; Jacobs, M; Lieberman, JA; mance, R; Simpson, GM;

Woerner, MG (1997) relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 54: 453-463

- Schubart, C., Krumm, B., Biehl, H., Schwarz, R. (1986) Measurement of social disability in a schizophrenic patient group: Definition, assessment and outcome over 2 years in a cohort of schizophrenic patients of recent onset. *Social Psychiatry*, 21:1-9.
- Sensky, T.; Turkington, D; Kingdon, D; Scott, J; Siddle, R; O'Carroll, M; Barnes, TRE. (2000) A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*; 57: 165-172.
- Sheperd, G. (1978) Social skills training: the generalization problem, -spme further data. *Behavioural Research and Therapy* 16:297-299.
- Smeltekop, R. and Houghton, B. (1990) Music therapy and psychopharmacology. In *Music Therapy in the treatment of adults with mental disorders*, edited by R.F. Unkefer, 109-125, New York: Schirmer Books.
- Solinski, S; Jackson, HJ; Bell, RC. (1992) Prediction of employability in schizophrenic patients. *Schizophrenia Research* 7: 141-148
- Solomon, P; Gordon, B, Davis, J. (1984) *Community service to discharged psychiatric patients*. Springfield, IL: Charles C. Thomas
- Spaulding, WD; Reed, D; Sullivan, M; Richardson, C; Weiler, M; (1999) The effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin* 25: 291-307.
- Stephens, G. (1983) The Use of Improvisation for Developing Relatedness in the Adult Client. *Music Therapy*. 3, (1), 29-42
- Stern, D; Dore, J; Hofer, L; y Haft, W.(1985) Affect attunement: the shering of feeling states between mother and infant by means of intr-modal fluency. En T.M. Field y N. Fox (eds.) *Special perception in infants*. Norwood, N.J. Ablex.
- Strauss, M.E. (1993) Relations of symptoms to cognitive deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19:215-231.
- Sutherland, G., Newman, B., & Rachman, S. (1982). Experimental investigations of the relations between mood and intrusive, unwanted cognitions. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 127-138.
- Svensson, B y Hansson L. (1998) Perceived curative factors and their relationship to outcome: a study of schizophrenic patients in a comprehensive treatment program based on cognitive therapy. *European Psychiatry* 13: 365-371
- Talerico, C.J. (1986) The expressive arts and creativity as a form of therapeutic experience in the field of mental health. *Journal of Creative behavior*, 20 (4), 229-247.
- Tang W., Yao, X., y Zheng, Z. (1994) Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A 1 month randomized controlled trial in Shanghai. *British Journal of Psychiatry*. 165 (suppl. 24) 38-44
- Tarrier, N; y Bobes, J. (2000) the importance of psychosocial interventions and patient involvement in the treatment of schizophrenia. *International Journal of psychiatry and Clinical practice* 4 (Suppl) S35-S51.
- Tarrier, N; Yusupoff, L; Kinney, C; McCarthy, E; Gledhill, A; Haddock, G; Morris, J; (1998) Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 317: 303-307.
- Teague y Bond, y Drake, Teague GB, Bond GR, Drake RE. (1998) Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*. 68:216-32.

- Tervo, J. (2001) Music therapy for adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Jan, 6 (1) 79-91.
- Thaut (1989) Music Therapy, affect modification and therapeutic change: Toward an integrative model. *Music Therapy Perspectives* 7, 55-62.
- Thaut. (1990) Neuropsychological processes in music perception and their relevance in music therapy.. In R. Unkefer (Ed.) *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders: Theoretical bases and clinical interventions* (p. 3-32) New York; Schirmer Books.
- Tomaras, V; Vlachonikolis, IG; Stefanis, CN; Madianos, M. (1988) The effect of individual psychosocial treatment on the family atmosphere of schizophrenic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 23: 256- 261
- Tompkins, L. ; Goldman, R.; y Axelrod, B. (1995) Modifiability of neuropsychological dysfunction in schizophrenia. *Biological Psychiatry* 38 105-111
- Troisi, A, Saletta, G. Pasini A. (1998) Non verb an behavior deficits in schizophrenia; an ethological study of drug-free patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 7: 109-115
- Unkefer, R.F. (1990) *Music Therapy in the treatment of adults with mental disorders* Schirmer Books, New York.
- Valencia C.M.. (1999) Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud Mental*.22:128-137.
- Vartiainen, H.; Vuorio, O.; Halonen, P.; Hakola, P. (1995). The patients' opinions about curative factors in involuntary treatment.
- Vidojkovic, S. (1979) The role of music in the Sociotherapeutic Club (abstract) *Psihijatrija Danus* Vol. 11 (3-4) 185-194.
- Vitz, Paul C. Preference for rates of information presented by sequences of tones. *Journal of Experimental Psychology*, 1966, 68, 176-183.
- Wallace, C.J., Nelson, C.J., Liberman, R.P. (1980) a review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6:42-63.
- Wallace, C.J. Liberman, R.P. (1985) Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Research*, 15: 239-247.
- Wedin, L. (1972). A multidimensional study of perceptual emotional qualities in music. *Scandinavian Journal of Music Psychology*, 13, 241-257
- Whittaker, J.F., Connell, J., Deakin, J.F.W. (1994). Receptive and expressive social communication uin schizophrenia. *Psychopathology* 27: 262-267.
- Wigram, T y De Backer, J (eds.) (1999a) *Clinical applications of music therapy in developmental disability, paediatrics and neurology*. London: Jessica Kingsley
- Wigram, T y DeBacker, J (eds.) (1999b) *Clinical applications in music therapy in psychiatry*. London: Jessica Kingsley.
- Wigram, T; Saperston, B; y West, R. (eds.) (1995) *the art and science of music therapy: a handbook*. Langhorne: Hardwood Academic Press.
- Williams, G. y Dorow, L. (1983). Changes in complaints and noncompliant of a chronically depressed psychiatric patient as a function of an interrupted music/verbal feedback package. *Journal of Music Therapy*, 20(3), 143-155.
- Wing J.K y Brown, G.W. (1970) *Institutionalism and schizophrenia. A comparative study of three mental Hospitals*. Cambridge, U.K: Cambridge University Press.

- Wykes, T., Reeder, C., Corner, J., Williams, C. y Everitt, B. (1999). The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25: 291-306.
- Zagelbaum, V.N.; Rubino, M.A.(1991) Combined dance/movement, art, and music therapies with a developmentally delayed, psychiatric client in a day treatment setting. *Arts in Psychotherapy*; Vol 18(2) 139-148.

ANEXO A

**CUADROS DE LAS SUBESCALAS DEL
INFORME DEL FAMILIAR SOBRE EL
FUNCIONAMIENTO EN EL HOGAR DEL
PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA**

**CAMBIOS CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO. SUBESCALAS DEL
INFORME DEL FAMILIAR SOBRE EL FUNCIONAMIENTO EN EL HOGAR
DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA**

Cuadro A 1. Subescala de AGRESIVIDAD

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL	7	7	-.964	.335
TERAPIAS MÚLTIPLES	7	7	-.832	.406
TERAPIA PSICOSOCIAL	6.5	7	-1.508	.132
MUSICOTERAPIA	7	7	-.241	.809

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. p= o> a .05

Cuadro A 2 Subescala de ADHERENCIA TERAPÉUTICA

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL	14	14.5	-1.678	.093
TERAPIAS MÚLTIPLES	15	16	-.703	.482
TERAPIA PSICOSOCIAL	14	14	-1.133	.257
MUSICOTERAPIA	14	14	-1.224	.221

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. p= o> a .05

Cuadro A 3 Subescala de AUTOCAUIDADO

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL	7	7	-.399	.69
TERAPIAS MÚLTIPLES	7	7	-.496	.620
TERAPIA PSICOSOCIAL	8	7	-.586	.558
MUSICOTERAPIA	6	6	-.750	.453

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. p= o> a .05

Cuadro A 4 Subescala de COMUNICACIÓN

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL	7	6	-1.157	.247
TERAPIAS MÚLTIPLES	7	8	-1.994	.046*
TERAPIA PSICOSOCIAL	8	6	.000	1.00
MUSICOTERAPIA	7	6	-.046	.963

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. $p = \alpha > .05$

Cuadro A 5 Subescala de CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL				
TERAPIAS MÚLTIPLES				
TERAPIA psicosocial				
MUSICOTERAPIA				

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. $p = \alpha > .05$

Cuadro A 6 Subescala de EMPLEO DEL TIEMPO LIBRE

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL	2	2	-.706	.480
TERAPIAS MÚLTIPLES	3	2	-.378	.705
TERAPIA PSICOSOCIAL	3	3	-1.29	.194
MUSICOTERAPIA	2	2	.000	1.000

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. $p = \alpha > .05$

Cuadro A 7 Subescala de **EXPRESIÓN DEL AFECTO**

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL	9	8	-1.127	.260
TERAPIAS MÚLTIPLES	9	9	-.265	.791
TERAPIA PSICOSOCIAL	8	8	-.877	.381
MUSICOTERAPIA	8	8	-.942	.346

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. $p = 0 > a .05$ Cuadro A 8 Subescala de **FUNCIONAMIENTO EN CASA**

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL	16	18	-2.340	.019*
TERAPIAS MÚLTIPLES	15	18	-1.356	.175
TERAPIA PSICOSOCIAL	16.5	19	-.738	.461
MUSICOTERAPIA	14	16	-2.094	.036*

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. $p = 0 > a .05$ Cuadro A 9 Subescala de **FUNCIONAMIENTO COGNITIVO**

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL	6	6	-1.527	.127
TERAPIAS MÚLTIPLES	6	6	-.780	.435
TERAPIA PSICOSOCIAL	5.5	6	-.264	.792
MUSICOTERAPIA	6	6	-1.588	.112

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. $p = 0 > a .05$

Cuadro A 10 Subescala de **HÁBITOS**

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL	19.5	21	-1.835	.066
TERAPIAS MÚLTIPLES	20	22	-1.578	.115
TERAPIA PSICOSOCIAL	20	21	-.598	.550
MUSICOTERAPIA	18	19	-.796	.426

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. $p = o > a .05$ Cuadro A 11 Subescala de **MALOS HÁBITOS (conducta antisocial)**

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL	14	14	-.518	.605
TERAPIAS MÚLTIPLES	14	15	-1.026	.305
TERAPIA PSICOSOCIAL	14	14	-.714	.475
MUSICOTERAPIA	15	13	-.857	.391

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. $p = o > a .05$ Cuadro A 12 Subescala de **RELACIONES FAMILIARES**

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL	9.5	10.5	-2.562	.010*
TERAPIAS MÚLTIPLES	10	12	-.810	.418
TERAPIA PSICOSOCIAL	9.5	11	-1.926	.054*
MUSICOTERAPIA	9	10	-1.704	.088

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. $p = o > a .05$

Cuadro A 13 Subescala de **RELACIONES INTERPERSONALES**

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACIÓN	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL	12.5	13	-2.595	.009*
TERAPIAS MÚLTIPLES	13	15	-1.267	.205
TERAPIA PSICOSOCIAL	12	12	-2.952	.003*
MUSICOTERAPIA	14	13	-.143	.887

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. p= o> a .05

Cuadro A 14 Subescala de **EQUIVALENTES DE SÍNTOMAS NEGATIVOS**

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACION	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL	13	14	-2.511	.012*
TERAPIAS MÚLTIPLES	14	14	-.537	.591
TERAPIA PSICOSOCIAL	13.5	14	-.785	.433
MUSICOTERAPIA	12	14	-2.739	.006*

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. p= o> a .05

Cuadro A 15 Subescala de **EQUIVALENTES DE SÍNTOMAS POSITIVOS**

GRUPO	INICIO	FINAL	COMPARACION	
	MEDIANA	MEDIANA	Z	P
MUESTRA TOTAL	3	4	-2.952	.003*
TERAPIAS MÚLTIPLES	3	4	-1.00	.317
TERAPIA PSICOSOCIAL	3	3	-1.633	.102
MUSICOTERAPIA	3	4	-2.326	.02*

Análisis de rangos de Wilcoxon

*sig. p= o> a .05

ANEXO B

**REGISTRO DE CONDUCTAS NO
VERBALES Y DE SOCIALIZACIÓN
DURANTE LA SESIÓN DE
MUSICOTERAPIA**

REGISTRO DE CONDUCTAS DURANTE LA SESIÓN DE MUSICOTERAPIA

1. Contacto visual

- 1.1. Ve (a los ojos o a la cara) al terapeuta cuando se dirige a él
- 1.2. Ve (a los ojos o a la cara) a sus compañeros de grupo

2. Expresión facial

- 2.1 Su expresión facial es congruente con el tema que se está tratando
- 2.2 Sonríe
- 2.3 Su cara parece inexpressiva
- 2.5 La expresión de su cara es diferente en distintos momentos de la medición

3. Uso del cuerpo

- 3.1 Su cuerpo está rígido
- *3.2 Su cuerpo se adapta o cambia de posición para realizar una actividad o para participar, (se adapta a la actividad)
- *3.3 Su cuerpo se dirige hacia la persona con la que habla
- *3.4 mueve las manos cuando habla

Elementos paralingüísticos :

4. Tono de voz

- *4.1 El tono de su voz es monótono
- *4.2 Las inflexiones de su voz son congruentes con el tema de la sesión
- *4.3 Por el tono de su voz es posible saber como se siente. (congruencia afectiva).

5. Volumen

- *5.1 El volumen de su voz es adecuado al ambiente de la sesión
- *5.2 El volumen de su voz es demasiado intenso
- *5.3 El volumen de su voz es demasiado suave

6. Inflexión de la voz

- *6.1 Su voz suena tensa
- *6.2 Su voz suena tranquila
- *6.3 Su voz suena aplanada

7. Velocidad a la que habla.

- *7.1 Habla demasiado rápido
- *7.2 Habla demasiado lento
- *7.3 Habla poco
- *7.4 Habla mucho (mas de la cuenta)

8. Interacción verbal:

- *8.1 Su vocabulario le permite expresar sus ideas
- *8.2 Usa palabras complicadas
- *8.3 Se entiende lo que quiere decir (articulación)
- *8.4 se entiende lo que dice (ideas)
- *8.5 Usa muy pocas palabras cuando habla (lenguaje telegráfico)
- *8.6 Sus frases tienen un principio y un fin
- *8.7 Responde con monosílabos
- *8.8 Termina las ideas que empieza
- *8.9 Responde con frases cortas
- *8.10 Responde con frases completas

9. Equilibrio interactivo:

*9.1 Interrumpe a los demás cuando quiere hablar

10. Socialización

*10.1 Responde de manera no verbal cuando el terapeuta se dirige a él (voltea a verlo, pone atención)

*10.2 Responde verbalmente al terapeuta.

*10.3 Se dirige al terapeuta de manera espontánea.

*10.4 Pone atención a sus compañeros cuando hablan

10.5 Habla con sus compañeros de manera espontánea.

*10.6 Habla con otros pacientes **solo** a instancias del terapeuta

10.7 Habla con otros pacientes espontáneamente sobre el tema de la sesión

10.8 Habla con paciente sobre temas no relacionados con la sesión

10.9 Asume el rol de líder del grupo durante las discusiones o intercambios verbales

10.10 Asume el papel del seguidor durante las discusiones en la sesión

10.11 Trabaja para lograr las metas del grupo o de la actividad.

11.1 participa en la sesión

11.2 Su participación es relevante en la sesión

11.3 Su conducta es disruptiva (habla o toca cuando no debe)

11.4 Hace comentarios irrelevantes al tema de la sesión

11.5 Espera su turno para participar

11.6 Empieza su participación espontáneamente (y cuando es pertinente)

*11.7 Empieza su participación **solo** cuando se le indica.

11.8 Termina su participación espontáneamente (y cuando es pertinente.)

*11.9 Termina su participación **solo** cuando se le indica.

12. Agresividad

12.1 Su actitud es hostil

13. Actividad física

13.1 Se mueve constantemente en su asiento

13.2 Se levanta y se sienta, se mueve por la sala constantemente

13.3 Es impulsivo

13.4 Tiene mucha energía

13.5 Muestra poca actividad física

13.6 Tiene movimientos estereotipados (se mece, etc.)

14. Afecto

14.1 Se ríe sin razón aparente

14.2 Está deprimido

14.3 Se ve angustiado

14.4 Está muy acelerado

14.5 se ve aplanado afectivamente

14.6 Es perseverante (es terco y no cambia de tema o de actividad)

14.7 se ve enojado

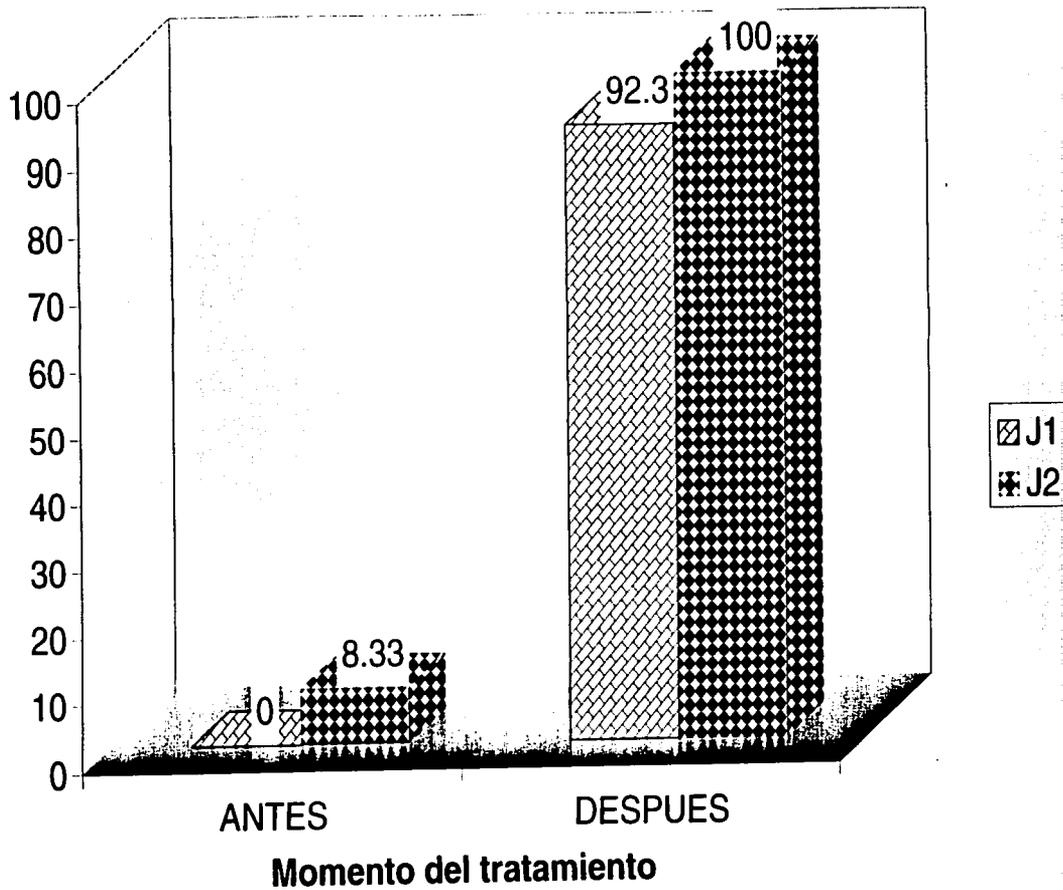
14.8 La expresión de su cara cambia cuando tocan los instrumentos

*Conductas que pueden o no estar presentes dependiendo de la oportunidad.

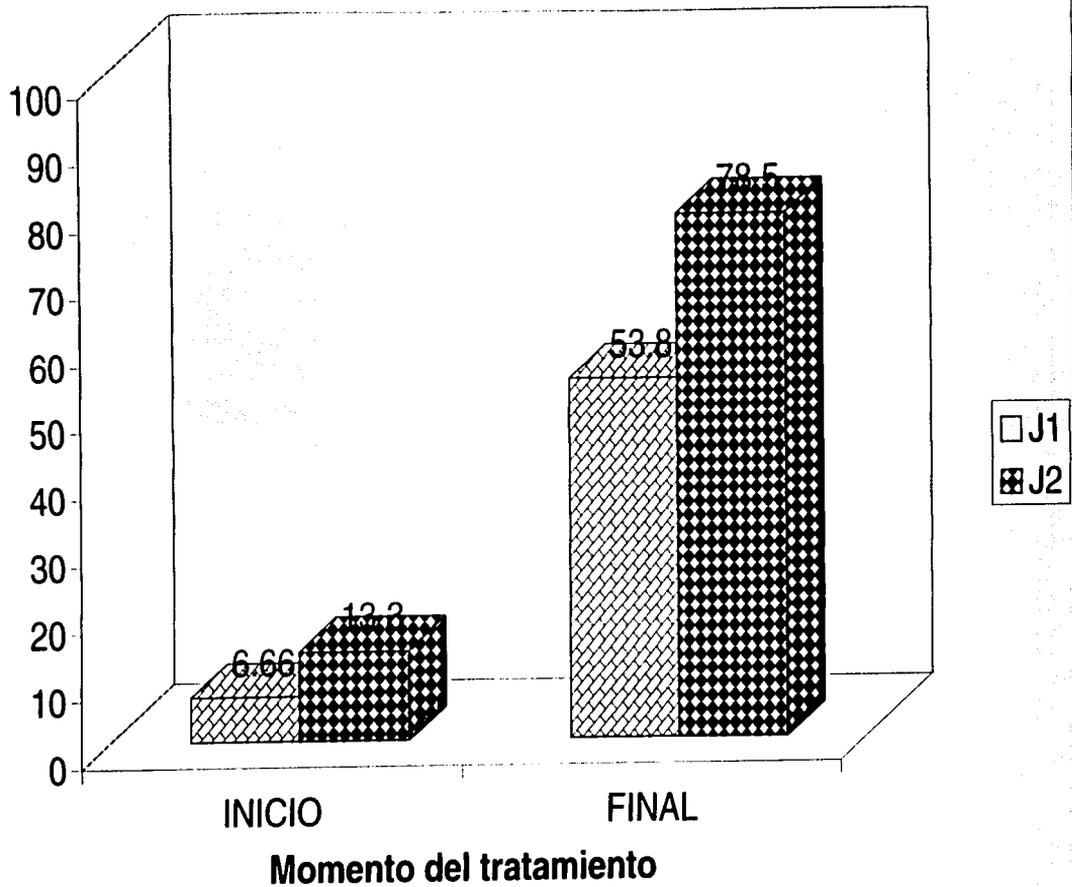
ANEXO C

GRÁFICAS DE LOS CAMBIOS EN LA CONDUCTA NO VERBAL CONSECUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA

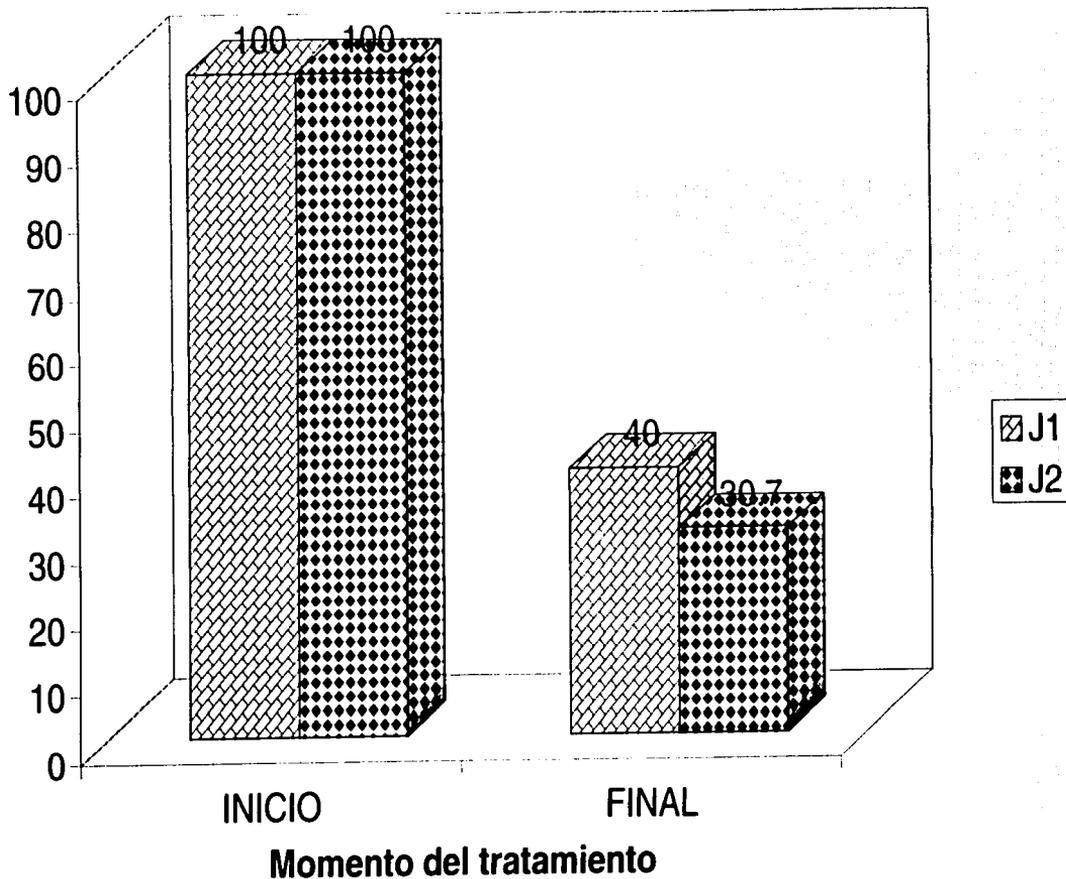
Gráfica 1. VE A LOS OJOS DE SUS COMPAÑEROS



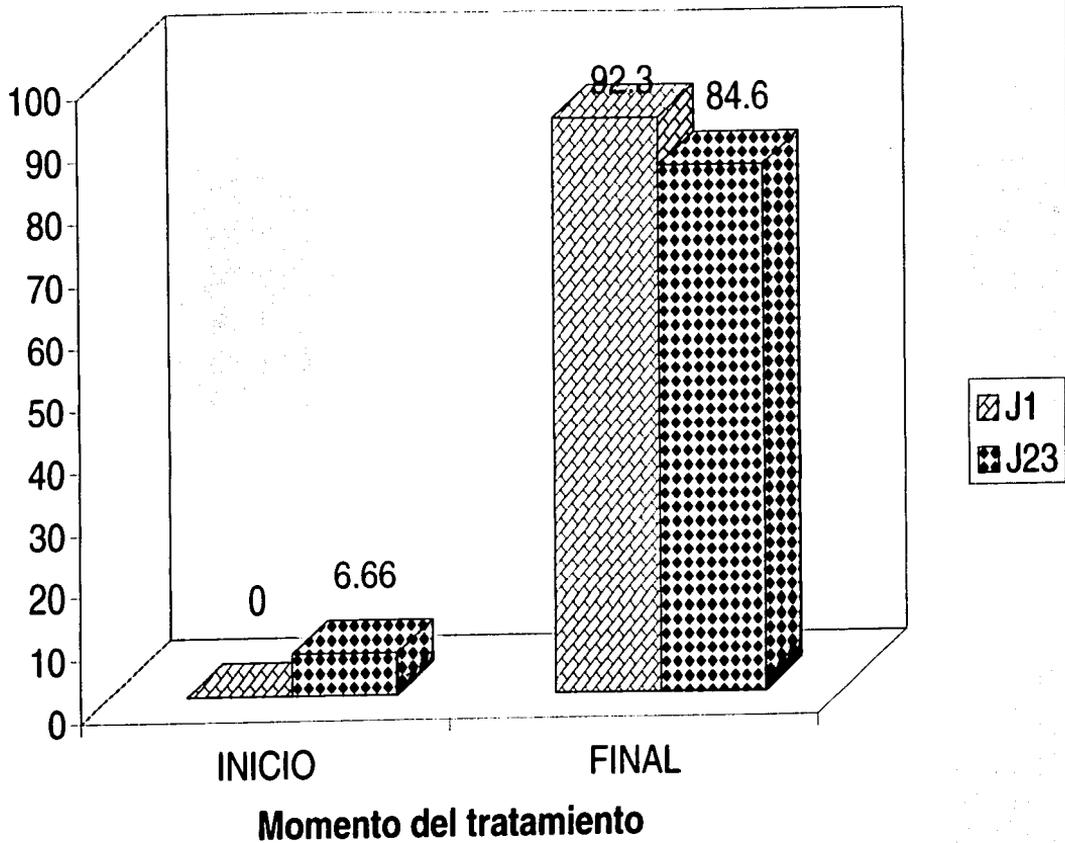
Gráfica 2. SONRÍE



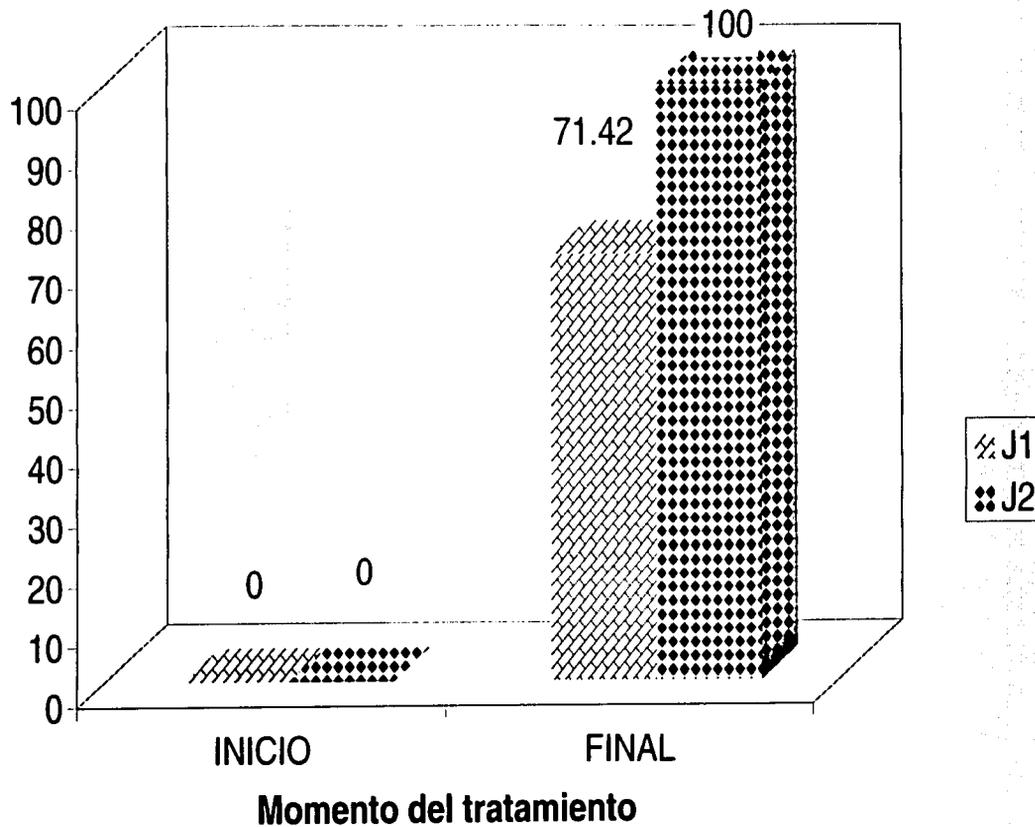
Gráfica 3. SU CARA PARECE INEXPRESIVA



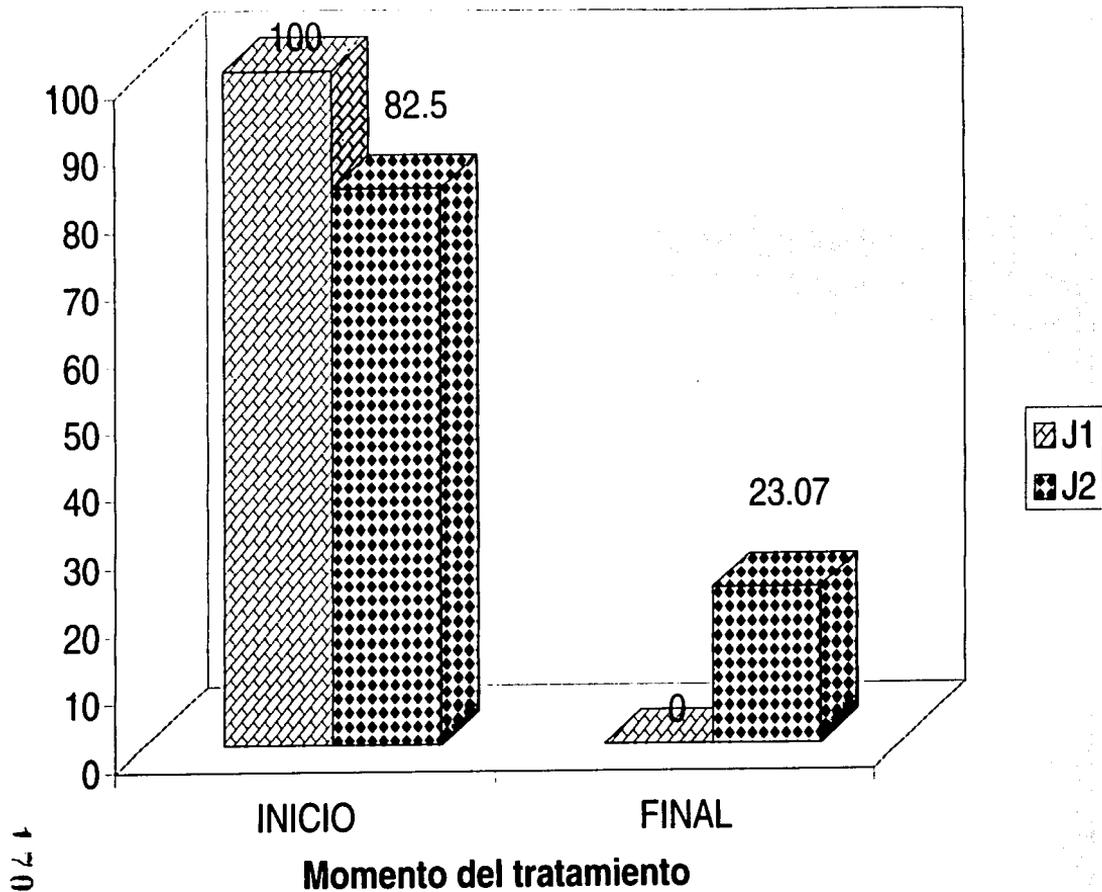
Gráfica 4. LA EXPRESIÓN DE SU CARA CAMBIA DURANTE LA MEDICIÓN



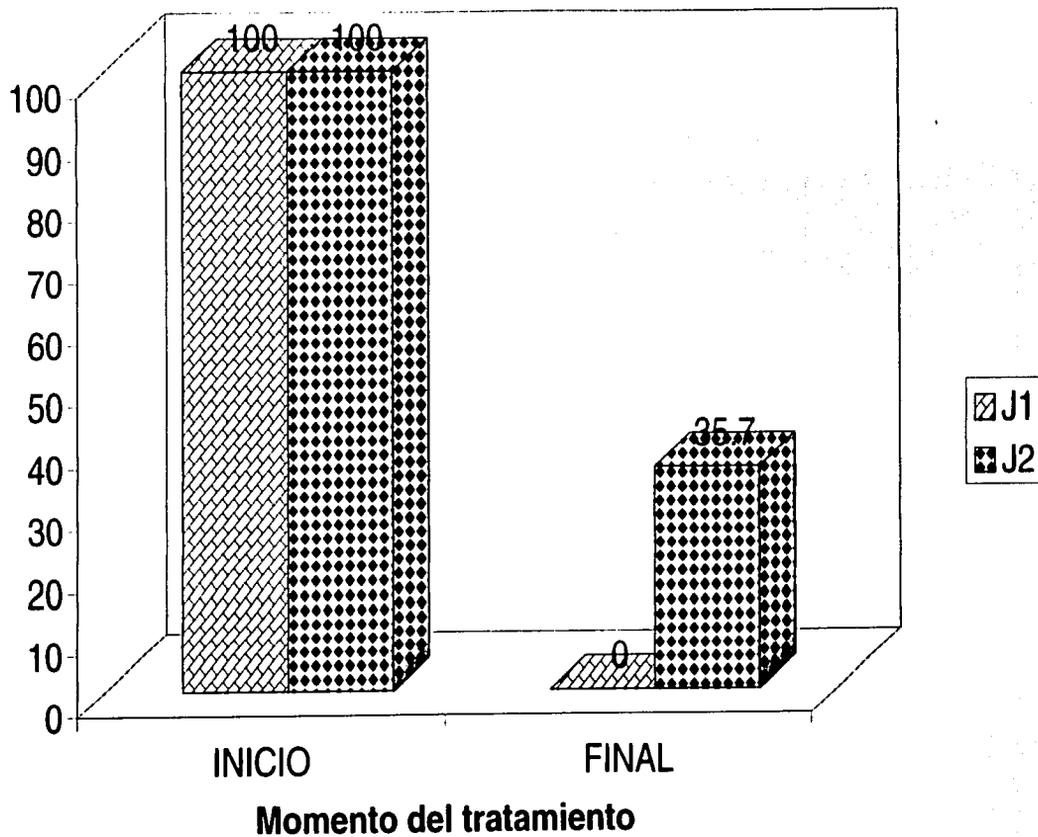
Gráfica 5. HABLA CON SUS COMPAÑEROS ESPONTÁNEAMENTE



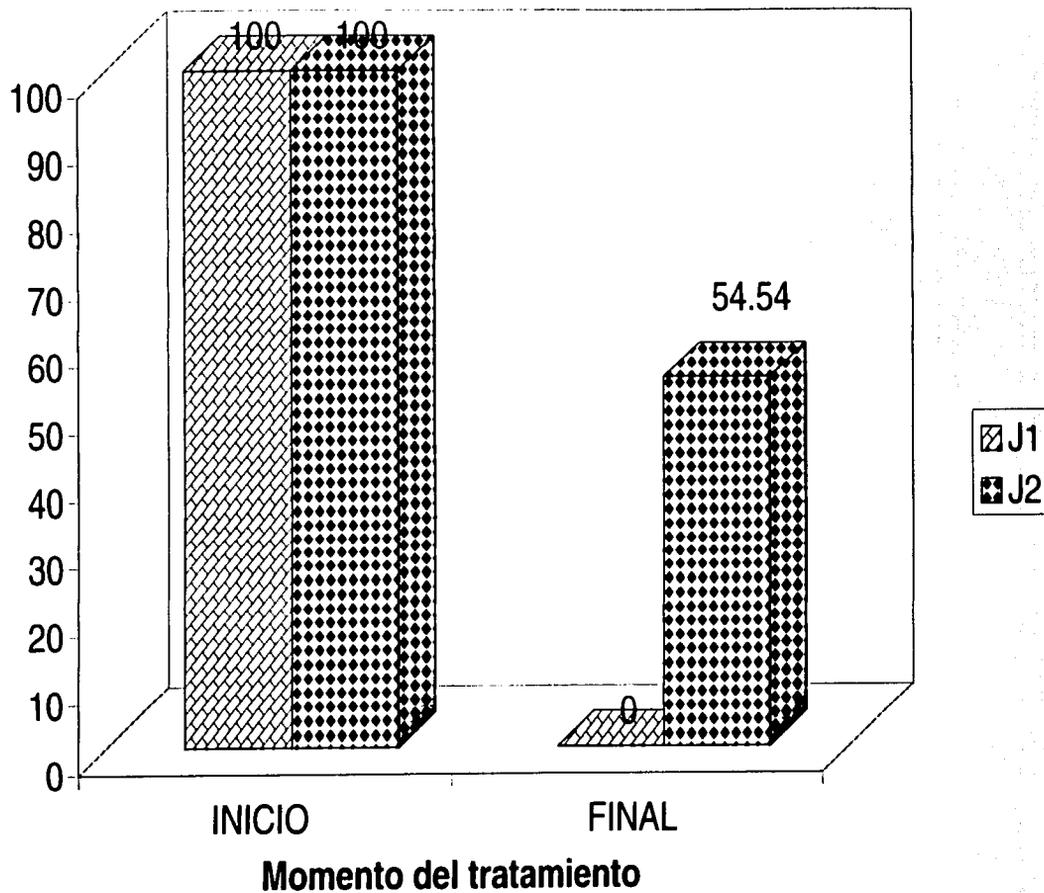
Gráfica 6. MUESTRA POCA ACTIVIDAD FÍSICA



Gráfica 7. SU CARA MUESTRA APLANAMIENTO AFECTIVO



Gráfica 8. SU VOZ SUENA APLANADA



Gráfica 9. EL TONO DE SU VOZ ES MONÓTONO

