



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD ANTES Y
DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN DEL TALLER DE
MUSICOTERAPIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEL SERVICIO DE
CONSULTA EXTERNA

PRESENTADO POR:

KAREN RODRÍGUEZ ÁLVAREZ

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA

MTRA. JANET JIMÉNEZ
GENCHI

ASESORA METODOLÓGICA

DR. JOSÉ IBARRECHE
BELTRÁN

ASESOR TEÓRICO

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO DE 2017



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

A mis padres, Lilia Álvarez y David Rodríguez, quienes con su ejemplo y fortaleza me han sabido guiar por el camino de la vida, brindándome su amor y su apoyo incondicional.

A mi esposo Pepe, quien ha sido un gran ejemplo a seguir, no sólo como médico sino como ser humano, le agradezco las palabras de aliento que han hecho que día con día luche por mis sueños.

A mis hermanas, Ana Lilia y Karla pues han sido una parte fundamental de mi vida, apoyándome siempre en cada uno de los proyectos que he emprendido y animándome a pesar de las distancias, no solo como hermanas sino como verdaderas amigas.

A mis asesores la Maestra Janet Jiménez Genchi por su apoyo y orientación para la realización de éste proyecto, y al Dr. José Ibarreche Beltrán quien me enseñó que a través de la música también se puede curar el alma.

Finalmente agradezco a los pacientes, ya que a lo largo de mi residencia médica, me ha enseñado la importancia de prepararme diariamente para brindarles la mejor atención posible.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO	7
1. Ansiedad generalizada	7
1.1 Concepto de ansiedad.....	7
1.2 Epidemiología	7
1.3 Comorbilidad.....	8
1.4 Etiopatogenia.....	9
1.5 Manifestaciones clínicas.....	10
1.6 Evolución	10
1.7 Tratamiento.....	11
2. Musicoterapia.....	11
2.1 Antecedentes históricos	11
2.2 Concepto de musicoterapia	13
2.3 Principios metodológicos en musicoterapia	14
2.4 Utilización de la musicoterapia en el área de la salud	19
3. JUSTIFICACIÓN	21
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
6. HIPÓTESIS	23
7. OBJETIVOS	23
8. TIPO DE ESTUDIO	24
9. CRITERIOS DE SELECCIÓN	25
10. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD	28
11. VARIABLES	30
12. PROCEDIMIENTO	31
13. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	35
14. CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
15. RESULTADOS	36
16. DISCUSIÓN	52
17. CONCLUSIONES	54
18. ALCANCES Y LIMITACIONES	55
19. REFERENCIAS	56
20. ANEXOS	60

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por género en el grupo experimental y grupo control	36
Gráfico 2. Distribución por edad en el grupo experimental y grupo control	37
Gráfico 3. Distribución por estado civil en el grupo experimental y grupo control	38
Gráfico 4. Ocupación de sujetos que se encontraban en el grupo experimental ..	39
Gráfico 5. Ocupación de sujetos que se encontraban en el grupo control	39
Gráfico 6. Comorbilidades en sujetos que se encontraban en el grupo control	40
Gráfico 6. Comorbilidades en sujetos que se encontraban en el grupo experimental	41
Gráfico 7. Tratamiento farmacológico del grupo experimental	41
Gráfico 8. Tratamiento farmacológico del grupo control	42
Gráfico 9. Tiempo de evolución del grupo experimental.	44
Gráfico 10. Tiempo de evolución del grupo control	44
Gráfica 12. Resultado de la escala de ansiedad de Hamilton antes y después de la intervención del sujetos 2 del grupo experimental.	51
Gráfica 12. Resultado de la escala de ansiedad de Hamilton antes y después de la intervención del sujetos 8 del grupo experimental.	51
Cuadro 1. Diferencia entre las medias de los resultados de la escala de Hamilton para ansiedad en sujetos del grupo control y el grupo experimental.	48
Cuadro 2. Diferencia entre las medias en las subescalas psíquica y somática de la escala de ansiedad de Hamilton en sujetos del grupo control y el experimental...	49

RESUMEN

Introducción La musicoterapia es considerada una medida terapéutica eficaz para la reducción de síntomas de ansiedad, a pesar de ello existen pocos estudios realizados en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. **Objetivos:** Evaluar el efecto terapéutico de la aplicación de la musicoterapia como coadyuvante en el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. **Método:** Participaron 20 sujetos con el diagnóstico antes mencionado. El grupo experimental (10 sujetos), participaron en el taller de musicoterapia compuesto por 11 sesiones, aplicándoles la escala de ansiedad de Hamilton antes y después de la intervención. Al grupo control (10 sujetos) se les aplicó la escala de ansiedad de Hamilton antes y después de concluir la intervención con el grupo experimental. **Resultados:** Se obtuvo el puntaje total de la escala de ansiedad de Hamilton así como de las subescalas somática y psíquica, se usaron medidas de tendencia central, *t* de Student para muestras dependientes para comparación de variables cuantitativas de dos grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje inicial y el puntaje posterior a la intervención con una $p=0.006$ y en el grupo control con una $p=0.015$. Existió una diferencia estadísticamente significativa en la subescala de ansiedad somática en los sujetos que recibieron farmacoterapia y musicoterapia con una $p=0.05$. **Conclusiones:** Los resultados de la presente investigación fueron relevantes comprobándose que la farmacoterapia y la musicoterapia disminuyen significativamente los síntomas de ansiedad.

Palabras claves: Musicoterapia, Ansiedad, Escala de ansiedad de Hamilton, síntomas somáticos.

1. INTRODUCCIÓN

La música ha sido utilizada como medida terapéutica en distintas áreas de la Medicina. Desde hace varios siglos el hombre se ha interesado por conocer los efectos que la música ocasiona en el ser humano. Desde el punto de vista neurobiológico se sabe que numerosas regiones cerebrales participan en la percepción de la música y de las emociones que ésta provoca, el cerebro se reajusta para responder a los sonidos musicales armoniosos que potencian y modifican procesos conductuales de comportamiento y otros relacionados entre sí como los motores y sensoriales.

Tomando en cuenta la etiopatogenia de los trastornos de ansiedad, que van desde cambios estructurales a nivel neurológico hasta alteraciones en el sistema vegetativo, suena prometedor pensar en la música como una medida terapéutica alterna que genere mayor apego buscando una mejoría clínicamente significativa en pacientes con ansiedad generalizada.

2. MARCO TEÓRICO

1. Ansiedad generalizada

1.1 Concepto de ansiedad

La ansiedad es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente permitiendo al individuo medidas para afrontar una amenaza; la principal diferencia entre el miedo y la ansiedad reside en que la primera es de manera brusca mientras que la ansiedad es de naturaleza gradual. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica ⁽¹⁾.

La ansiedad generalizada se define como una preocupación excesiva (anticipación aprensiva) que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades, siendo difícil para el individuo controlar la preocupación, manifestándose por tres o más de los siguientes síntomas: Inquietud o sensación de estar atrapado, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular o problemas de sueño. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo sin ser explicados por otro trastorno mental ⁽²⁾.

1.2 Epidemiología

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en México los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia de 14.3%, siendo el área metropolitana la región con mayor prevalencia con un 3.4%, con una frecuencia

mayor en la población femenina. Además solo uno de cada diez sujetos con diagnóstico de trastorno de ansiedad recibe atención médica ⁽³⁾.

De los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad menos del 20% presentan una remisión completa de los síntomas, presentando un alto grado de deterioro así como discapacidad en distintas áreas, aun cuando no exista comorbilidad con depresión o algún otro trastorno mental.

Dentro de los trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada se encuentra asociado a una disminución de la productividad laboral así como a un mayor uso de los servicios de atención primaria, por lo que un adecuado tratamiento podría reducir la carga tanto del individuo como de la sociedad ⁽⁴⁾.

En general, las mujeres son dos veces más proclives a padecer trastorno de ansiedad generalizada. La edad de inicio se sitúa entre los 20 y 40 años de edad ⁽⁵⁾.

1.3 Comorbilidad

La comorbilidad que con mayor frecuencia se presenta en los trastornos de ansiedad es la depresión. Los pacientes que presentan ambas entidades tienden a tener un curso más grave y prolongado de la enfermedad así como un mayor deterioro funcional y un peor pronóstico ⁽⁶⁾.

En Estados Unidos se realizó un estudio de seguimiento (Encuesta Nacional de Comorbilidad) en el cual se encontró que los pacientes con depresión mayor en comorbilidad con algún trastorno de ansiedad fueron significativamente más propensos a continuar con síntomas de ansiedad diez años más tarde ⁽⁷⁾.

Además de la comorbilidad con depresión, se ha observado que la ansiedad generalizada se encuentra relacionada con otros tipos de ansiedad. En 1993 Brawman-Mintzer y colaboradores realizaron un estudio que incluía a ciento nueve pacientes con trastorno de ansiedad generalizada como diagnóstico primario encontrando una comorbilidad de 21% tanto para fobia social como para fobia simple. El 42% de los pacientes habían experimentado depresión mayor a lo largo de su vida ⁽⁸⁾.

1.4 Etiopatogenia

Los estudios realizados sobre una posible base familiar y genética en el trastorno de ansiedad generalizada son poco concluyentes, aunque existen algunos estudios que avalan un patrón familiar, los realizados en gemelos han arrojado resultados contradictorios ⁽⁹⁾.

Por otro lado el trastorno de ansiedad generalizada se ha asociado con antecedente de experiencias traumáticas en la infancia ⁽¹²⁾. En un estudio realizado en 2002 por Safren y colaboradores se examinó la prevalencia de abuso físico o sexual encontrando altas tasas durante la infancia, siendo más propensos a padecer depresión mayor como comorbilidad ⁽¹⁰⁾. Además niños con una conducta inhibida (tímidos y vergonzosos ante situaciones nuevas), son más propensos a desarrollar trastorno de ansiedad generalizada en la edad adulta ⁽¹¹⁾.

Existen diversas estructuras neuroanatómicas implicadas en los estados de ansiedad tales como la amígdala, el hipocampo, la corteza prefrontal, el locus ceruleus y la sustancia gris perisilviana, el núcleo motor dorsal del vago (activación cardíaca), núcleo parabraquial (activación respiratoria). El trastorno de ansiedad

generalizada se ha asociado con alteraciones de la función respiratoria y cardiovascular. En estudios de neuroimagen se han observado alteración del flujo sanguíneo cerebral con una disminución paradójica del flujo durante el estrés, posiblemente por la pérdida en la capacidad para elaborar una respuesta adaptativa ⁽⁹⁾.

1.5 Manifestaciones clínicas

La característica principal de un trastorno de ansiedad generalizada es la preocupación excesiva y la aparición de síntomas de angustia permanentes que fluctúan de acuerdo a los acontecimientos de la vida diaria.

Se puede agrupar a los síntomas en tensión motora, hiperactividad vegetativa e hiperactivación. Los pacientes se quejan de inquietud, incapacidad para relajarse y fatiga. Si el cuadro se prolonga puede sobreañadirse como ya se mencionó anteriormente síntomas depresivos como tristeza, apatía, astenia, anhedonia etc. Los síntomas vegetativos son variados pudiéndose confundir con una serie de enfermedad médicas y ser atendidos por especialistas ajenos a la salud mental ⁽⁹⁾.

Los pacientes con trastorno de ansiedad manifiestan un mayor número de preocupación, además de una mayor preocupación por asuntos menores ^(13, 14).

1.6 Evolución

El trastorno de ansiedad generalizada se ha considerado como un padecimiento crónico con fluctuaciones de los síntomas a través del tiempo. Un estudio realizado por Bruce S.E y colaboradores en Estados Unidos evaluó a 179 pacientes a lo largo de 12 años con la finalidad de examinar la evolución clínica de los trastornos de ansiedad. Se observó que el curso en estos trastornos es insidioso, crónico y

con bajas tasas de recuperación y altas probabilidades de recurrencia. La presencia de ciertos trastornos psiquiátricos comórbidos redujo significativamente la probabilidad de recuperación.

Aunado a lo anterior, los pacientes con un inicio temprano de los síntomas presentan un curso más prolongado del padecimiento así como mayor susceptibilidad a desarrollar depresión o algún otro trastorno ⁽¹⁵⁾.

1.7 Tratamiento

En la mayoría de los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, se recomienda iniciar con un antidepresivo serotoninérgico. Otra modalidad de tratamiento es la terapia cognitivo conductual ⁽¹⁶⁾. En un metanálisis realizado por Mitte, K. en 2005 en donde se incluyó un total de 65 estudios tanto de terapia cognitivo conductual como tratamiento farmacológico, concluyó que no existen diferencias significativas en cuanto a la eficacia de ambos tratamientos. Por otro lado se observó que las tasas de abandono fueron más bajas en los pacientes con terapia cognitivo conductual ⁽¹⁷⁾.

2. Musicoterapia

2.1 Antecedentes históricos

Desde la prehistoria se ha utilizado a la música como herramienta terapéutica, en un inicio a través de los hechiceros, posteriormente a través de los sacerdotes, más tarde los médicos y los músicos pusieron su atención en las cualidades terapéuticas de la música.

El hombre primitivo creía que la música poseía un origen divino que le permitía comunicarse con los dioses, fue utilizada tanto en ritos curativos como en ceremonias religiosas.

Fueron los griegos los primeros en plantear los fundamentos científicos de la música. Pitágoras reconocía a la enfermedad mental como el resultado de un desorden armónico o musical en el alma humana, otorgando a la música el poder de restablecer la armonía perdida.

A partir del renacimiento se vuelve a mirar los efectos de la música con un enfoque científico, pudiendo actuar sobre la mente y el cuerpo, pero no fue sino hasta el siglo XVIII que Richard Brown comienza a estudiar los efectos de la música sobre la respiración y la presión sanguínea ⁽¹⁸⁾.

En el Siglo XIX, el médico Héctor Chomet en 1846 escribió un tratado que se titulaba "La influencia de la música en la salud y la vida", donde analizó el uso de la música para prevenir y tratar ciertas enfermedades. Durante el siglo XX se sigue con el estudio científico de los efectos de la música en el bienestar del ser humano. Karl Orff decía que la creatividad unida al placer de la ejecución musical permitía una mejor socialización del individuo y un aumento de la confianza y la autoestima.

En 1950 se funda la Asociación Nacional de Musicoterapia en Nueva York. A partir de esta asociación se van creando otras más en Europa y luego en América Latina ⁽¹⁹⁾.

En la actualidad el uso de la música como terapia tiene carácter científico y hay profesionales dedicados a tales tareas. En los principales países de Europa está bastante extendida en la teoría y en la praxis, aunque su incorporación al mundo universitario data de hace unos cuarenta años.

A partir del año de 1968 se promueve la fundación de las principales asociaciones de América, como Brasil, Perú, Uruguay, Chile, Venezuela, Colombia, Ecuador y México. Para 1971 se realiza el primer Congreso Interamericano de Musicoterapia en Buenos Aires ⁽²⁰⁾.

En México existe el Instituto Mexicano de Musicoterapia Humanista, siendo el único que provee un programa formal orientado en formar psicoterapeutas profesionales con enfoque humanista ⁽²¹⁾.

2.2 Concepto de musicoterapia

Una alternativa terapéutica que ha demostrado ser eficaz para la reducción de síntomas de ansiedad es la musicoterapia, definiéndose como el uso de la música y/o sus elementos (sonido, ritmo, melodía, armonía) realizado por un musicoterapeuta con un paciente o grupo, en un proceso creado para promover y facilitar la comunicación, las relaciones interpersonales, el aprendizaje, la expresión y la organización. Su finalidad es desarrollar potencialidades y/o restaurar las funciones del paciente de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra y/o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento ⁽¹⁸⁾.

La musicoterapia es una especialidad paramédica joven, pero con suficientes fundamentos científicos de orden clínico-terapéutica que permiten establecer claramente una metodología de trabajo y una serie de técnicas capaces de ser desarrolladas ⁽²²⁾.

También es considerada en el campo de la medicina aquella área que estudia el complejo sonido-ser humano-sonido, con el objetivo de abrir canales de

comunicación en el ser humano, producir efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en él mismo y en la sociedad ⁽²³⁾.

2.3 Principios metodológicos en musicoterapia

La musicoterapia se encuentra respaldada por distintas teorías psicológicas. Villela enumera las corrientes psicológicas dentro de ésta, así como los objetivos terapéuticos que cubren:

- 1) Psicodinámica: La musicoterapia es útil para recuperar material inconsciente.
- 2) Conductual: La musicoterapia se utiliza en el tratamiento o modificación de conductas asociadas con dificultades emocionales o interpersonales.
- 3) Humanista existencial: Dentro de esta corriente se busca detectar y cubrir las necesidades del “aquí y ahora”, se ocupa de temas como autorrealización, amor, creatividad, gratificación básica de necesidades, afecto, trascendencia del yo, autonomía, vivencia máxima y conceptos relacionados.
- 4) Cognitiva: Se usa la musicoterapia como una técnica para poder identificar y corregir creencias irracionales ⁽²⁴⁾.

La musicoterapia se puede establecer tanto en terapia grupal como en individual, en prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud. La función del terapeuta en la musicoterapia es la de trabajar con la imaginación musical receptiva, la improvisación, la interpretación de canciones, la creación clínica de canciones y la técnica vocal terapéutica. En ese proceso promueve y registra cambios expresivos, receptivos y relacionales que dan cuenta de la evolución del

tratamiento. En las sesiones se usan instrumentos musicales, música editada, grabaciones, sonidos corporales, la voz y otros materiales sonoros ⁽²⁵⁾.

Uno de los movimientos de la musicoterapia es abrir canales de comunicación en el ser humano. En el término comunicación se incluyen todos los procedimientos por medio de los cuales una mente puede afectar a otra. Hablar de musicoterapia es pensar en una serie de metodología y técnicas diferentes en pos de la comunicación ⁽²⁶⁾.

De acuerdo al Modelo Teórico. ISO (identidad sonora) creado por Rolando O. Benenson dentro de la musicoterapia existe el objeto intermediario definiéndolo como todo elemento capaz de permitir el paso de energías de comunicación corpóreo-sonoro-musicales, que actúan terapéuticamente sobre el paciente sin despertar estados de alarma intensos. El objeto integrador se refiere a cómo aquel instrumento corpóreo-sonoro-musical permite que dos o más personas puedan interrelacionarse entre sí ⁽²²⁾.

El espacio vincular es el que se forma entre dos personas con intencionalidades determinadas cuando interaccionan las energías de comunicación, es aquí en donde el musicoterapeuta, el paciente, el observador o el supervisor pueden actuar modificando el espacio vincular.

Otro concepto es el tiempo terapéutico el cual sólo se produce mientras dura el espacio vincular, es decir que el tiempo terapéutico es el que se genera como consecuencia de la comunicación entre el paciente y el musicoterapeuta teniendo como finalidad establecer un vínculo, sólo en este momento aparece el verdadero principio del placer, es decir, la descarga energética que tiene un fin determinado, que es el feedback o retorno a la retroalimentación. La distancia óptima se refiere a

la acción entre alejarse y acercarse del musicoterapeuta y del paciente, permitiendo una buena recepción de los mensajes de ambos ⁽²²⁾.

El gabinete de musicoterapia debe ser una sala acondicionada para poder aplicar sin dificultades la musicoterapia dentro de un contexto no-verbal, debiendo cuidar la interferencia sonora, en una sala aislada de preferencia acústicamente. El crear una atmósfera de silencio relativo es un elemento de estímulo hacia el primer paso para crear núcleos regresivos del grupo o del paciente.

Todo elemento capaz de producir un movimiento, sonido, vibración, que pueda ser percibido como mensaje o como un medio de comunicación será parte integrante. De tal manera que no sólo se podrán utilizar instrumentos musicales sino también el propio cuerpo. En musicoterapia el instrumento es un todo, por lo tanto tendrá importancia su forma, su textura, su calidad, su propia sonoridad, cada una de estas características será un detonante simbólico para el sistema de comunicación entre los pacientes y el musicoterapeuta ⁽²⁷⁾.

En las sesiones de grupo de musicoterapia se requieren algunos aspectos técnicos que, a la observación clínica, demostraron ser positivos. Es necesaria la presencia de un coterapeuta, la función será la de un observador activo, es decir participará de las consignas de la musicoterapia. Es conveniente que el grupo sea cerrado para poder manejarse con claridad en el contexto no-verbal.

El grupo musicoterapéutico alternará una serie de procesos típicos de cualquier grupo, por ejemplo la ansiedad persecutoria evidenciada por actitudes autistas, idealización o desconfianza respecto al terapeuta, la ventaja de la técnica de musicoterapia es poder observar con mayor rapidez este tipo de procesos y manejarlos en un contexto no-verbal. En no muchas sesiones de grupo de

musicoterapia el grupo llega a tener un comienzo de insight respecto a los celos y la competencia y en algunos momentos la experiencia de su superación mediante la vivencia gratificante de poder comunicarse entre sí y compartir esa gratificación una vez que el musicoterapeuta consigue la etapa de diálogo sonoro. Todo cuanto se relató posteriormente, es adaptado a las distintas características del paciente o de grupos de pacientes ⁽²²⁾.

Las diversas corrientes y/o escuelas en musicoterapia nos aportan distintas propuestas y técnicas de intervención centradas en la propia filosofía y fundamentación teórica del método elegido, pero todas las corrientes y métodos de intervención existentes se desarrollan a través de:

- a) Técnicas y/o métodos pasivos (receptivos). En éste se encuentra la audición musical cuyo objetivo principal es el de fomentar la atención, el reconocimiento de sonidos y conseguir una mayor relajación durante la sesión.
- b) Técnicas y/o métodos activos (creativos). Como la improvisación vocal e instrumental la cual permite un ambiente flexible donde el paciente es libre de tocar o cantar lo que desee invitando a los demás miembros del grupo a que se toque en relación a la propuesta inicial fomentando así la expresión espontánea y creativa sobre todo en pacientes con un aprendizaje rígido. Por otro lado la composición de canciones fomenta la creatividad y la imaginación.

Éstas técnicas buscan desarrollar actividades específicas tales como: actividades sonoro-musicales de activación corporal consciente, actividades sonoro-musicales

de desarrollo perceptivo, actividades sonoro-musicales de relación con el otro y actividades sonoro-musicales de representación y simbolización ⁽²⁸⁾.

Existen cuatro habilidades que se pueden desarrollar con la aplicación de musicoterapia las cuales si son utilizadas de manera efectiva pueden contribuir al proceso de transformación del paciente. Estas habilidades son las siguientes:

1) Apreciar sin prejuizar en donde se pretende alcanzar la posibilidad de contacto con el producto musical sin prejuicios y la capacidad de una relación consigo mismo. Como punto central de su evaluación se encuentra el comportamiento motor y las expresiones no verbales. La apreciación libre de prejuicios es la actitud que no tiende a clasificar en bonito o feo, en bueno o malo. Los juicios se realizan frecuentemente de manera inconsciente. Por lo tanto, a menudo es necesario un proceso de aprendizaje en la terapia, para poder obtener este "valor provisorio de apreciación libre".

2) Tolerar la frustración en donde la finalidad es desarrollar en el paciente la capacidad para soportar la disarmonía, el error, la impericia y considerar a esto como algo nuevo, aprendiendo a observar objetivamente y libre de prejuicios.

3) Explorar activamente: Se enfocará la atención a sucesos que se relacionan con las emociones, cogniciones e interocepciones propias. Se enfatiza la importancia de una actitud de exploración hacia sí mismo, hacia otros y hacia la situación momentánea. Los pacientes buscan aspectos relevantes en la escena musical. La música por sí misma despierta tensión e interés resultando en que los pacientes se atreven a exponer sus emociones. La actividad comunicativa es esencial en la exploración activa, ya que se basa en vivir la resonancia afectiva. Si entendemos la resonancia como parte de la empatía, esta se manifiesta junto con la sincronización

musical. En el proceso terapéutico es fundamental la necesidad de entrar activamente en contacto con el otro compañero durante la escena musical ⁽²⁷⁾.

2.4 Utilización de la musicoterapia en el área de la salud

Existen múltiples estudios que señalan los beneficios que la música tiene para reducir los síntomas de ansiedad. Por ejemplo, en pacientes preoperatorios reduce éstos síntomas constituyendo una alternativa viable a los ansiolíticos utilizados para reducir la ansiedad preoperatoria ⁽²²⁾.

Otros estudios han demostrado las ventajas de la musicoterapia en distintas patologías mentales. Murow y Sánchez en 2003 realizaron un estudio de 15 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia crónica a quienes se les aplicó musicoterapia a través de técnicas de improvisación musical, existiendo una mejoría en la sensación de bienestar a lo largo del tratamiento, con diferencias significativas a partir del tercer mes y mejorando el funcionamiento en éste tipo de pacientes ⁽³⁰⁾.

En 2015 un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” demostró una reducción significativa de los síntomas de ansiedad tras 12 sesiones de musicoterapia aplicada en siete pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada con resistencia a tratamiento farmacológico, sugiriendo la realización de estudios adicionales para corroborar los resultados ⁽³¹⁾.

El trabajo con la música, además de catártico como suele ser al inicio del tratamiento, permite un empleo más dirigido al desarrollo de habilidades sociales y a encontrar una forma de resolver algunas dificultades, sobre todo en el área interpersonal. De acuerdo con Thaut (1990) la efectividad de la música como recurso terapéutico proviene de su capacidad para influir sobre los patrones de las

emociones y del pensamiento, considerados como prerrequisito para el cambio de conducta ⁽³²⁾.

Desde el punto de vista neurobiológico se sabe que existe una clara base biológica para la música y que el cerebro cuenta con una organización funcional para ésta. Numerosas regiones del cerebro intervienen en la percepción de la música y de las emociones que ésta provoca. De esta manera se sabe que existe música que estimula terminales dopaminérgicas (sustancia nigra, dopamina, ganglios basales) y produce cambios selectivos en la conducta y el comportamiento. Por otro lado en el caso de la música rítmica popular estimula terminales colinérgicas (núcleo basal de Meynert, acetilcolina, corteza orbitofrontal) produce también cambios en el carácter y la apreciación sensorial del entorno ⁽³²⁾.

Resumiendo las investigaciones sobre los efectos biológicos del sonido y de la música en el ser humano podemos decir que:

- a) Según el ritmo, incrementa o disminuye la energía muscular
- b) Acelera la respiración o altera su regularidad
- c) Produce efecto marcado pero variable, en el pulso, la presión sanguínea y la función endocrina.
- d) Disminuye el impacto de los estímulos sensoriales de diferentes modos
- e) Tiende a reducir o demorar la fatiga y, consecuentemente, incrementa el endurecimiento muscular
- f) Aumenta la actividad voluntaria
- g) Es capaz de provocar cambios en los trazos eléctricos del organismo
- h) Es capaz de provocar cambios en el metabolismo y en la biosíntesis de variados procesos enzimáticos ⁽²²⁾.

3. JUSTIFICACIÓN

En el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en el 2015 la presencia del diagnóstico de cualquier trastorno de ansiedad en consulta externa fue de 1582 pacientes, 723 corresponden al diagnóstico de ansiedad generalizada, es decir el 45 por ciento, por lo que la presente investigación plantea indagar si existen cambios en los síntomas de ansiedad con la aplicación de musicoterapia y así ampliar la gama de opciones terapéuticas para pacientes con éste diagnóstico, ya que en comparación con otras opciones terapéuticas la musicoterapia tiene un menor costo para el paciente y un mayor apego.

Además existe poca evidencia científica en población mexicana acerca de los efectos de la musicoterapia en pacientes con ansiedad generalizada. Sólo se ha realizado un estudio en México acerca de la aplicación de musicoterapia en pacientes con ansiedad generalizada el cual se hizo en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz, sugiriendo la elaboración de más estudios de investigación complementarios con menos limitaciones.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de ansiedad se sitúan entre los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia en México, sólo uno de cada diez pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad reciben atención médica.

El trastorno de ansiedad generalizada está asociado a una disminución del desempeño laboral, lo que condiciona una carga a nivel social debido a la baja productividad laboral o la incapacidad para asistir al trabajo secundario a los síntomas. Además es uno de los principales trastornos de ansiedad que deteriora tanto el funcionamiento como la calidad de vida de los pacientes.

A pesar de su alta incidencia sólo el 30 por ciento de los individuos reciben el diagnóstico adecuado en los centros de atención primaria, siendo pocos los que reciben un tratamiento farmacológico o psicológico.

Derivado de lo anterior se plantea conocer si existen cambios en los síntomas de ansiedad después de la intervención del taller de musicoterapia en pacientes con diagnóstico de ansiedad generalizada que asisten al servicio de consulta externa de esta Institución.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Es efectiva la combinación de farmacoterapia y musicoterapia en la disminución del puntaje de la escala de Hamilton para ansiedad en pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada?

6. HIPÓTESIS

La combinación de farmacoterapia y musicoterapia disminuye el puntaje de la escala de Hamilton para ansiedad en pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

7. OBJETIVOS

General:

1. Evaluar el efecto terapéutico de la aplicación de la musicoterapia como coadyuvante en el tratamiento farmacológico de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.

Particulares:

1. Obtener la puntuación de la escala de Hamilton para ansiedad antes y después de la aplicación de musicoterapia en el grupo experimental.
2. Obtener la puntuación de la escala de Hamilton para ansiedad en el grupo control y al concluir el taller de musicoterapia en el grupo experimental.

3. Correlacionar los resultados de la escala de ansiedad de Hamilton entre el grupo experimental y el grupo control.
4. Correlacionar los resultados de la subescala de síntomas somáticos y psíquicos de la escala de ansiedad de Hamilton en el grupo control y el experimental.

8. TIPO DE ESTUDIO

Diseño de investigación

Prospectivo, longitudinal, experimental, analítico y comparativo.

Muestra

Muestreo no probabilístico, intencional por cuota o conveniencia.

Participantes

Veinte sujetos (10 sujetos para el grupo control y 10 sujetos para el grupo experimental) con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada pertenecientes al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", los cuales serán pareados por sexo, edad y tiempo de evolución.

9. CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.1 Criterios de inclusión

9.1.1 Grupo experimental

- Sujetos con edad entre 20 y 59 años.
- Masculino o femenino.
- Pertenecientes al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
- Con diagnóstico clínico de trastorno de ansiedad generalizada.
- Con tratamiento farmacológico de por lo menos un año de administración.
- Aceptar ser parte del estudio de investigación mediante firma del consentimiento informado.
- Aceptar ingresar al taller de musicoterapia impartido en Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

9.1.2 Grupo control

- Sujetos con edad entre 20 y 59 años.
- Masculino o femenino.
- Pertenecientes al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
- Con diagnóstico clínico de trastorno de ansiedad generalizada.
- Con tratamiento farmacológico de por lo menos un año de administración.
- Aceptar ser parte del estudio de investigación mediante firma del consentimiento informado.

9.2 Criterios de exclusión

9.2.1 Grupo experimental

- Sujetos con trastornos de la percepción auditiva.
- Sujetos cuyos síntomas de ansiedad se encuentren relacionados a causa médica (hipertiroidismo) o consumo de sustancias.
- Sujetos con diagnóstico de discapacidad intelectual.
- Sujetos quienes presenten problemas cognitivos severos que limiten la comprensión y comunicación.
- Sujetos que no sean regulares en el seguimiento en consulta externa.
- Sujetos con limitaciones físicas que les impida tocar algún instrumento musical.
- Sujetos que se encuentren en otro tipo de terapia individual o de grupo

9.1.3 Grupo control

- Sujetos cuyos síntomas de ansiedad se encuentren relacionados a causa médica o consumo de sustancias.
- Sujetos con diagnóstico de discapacidad intelectual.
- Sujetos quienes presenten problemas cognitivos severos que limiten la comprensión y comunicación.
- Sujetos que no sean regulares en el seguimiento en consulta externa.
- Sujetos que se encuentren en otro tipo de terapia individual o de grupo

9.3 Criterios de eliminación

9.3.1 Grupo experimental

- Sujetos quienes no acudan a por lo menos el 70% de las sesiones de musicoterapia
- Sujetos que cursen con alguna urgencia psiquiátrica durante las sesiones de musicoterapia.
- Sujetos a quienes se les modifique el tratamiento farmacológico durante el estudio.
- Sujetos que deseen renunciar al estudio en cualquiera de sus fases.

9.3.2 Grupo control

- Sujetos a quienes se les modifique el tratamiento farmacológico durante el estudio.
- Sujetos que no acudan a un adecuado seguimiento en consulta externa.
- Sujetos que deseen renunciar al estudio en cualquiera de sus fases.

10. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

La escala de Hamilton para ansiedad fue diseñada en 1959, es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Esta escala tiene como objetivo valorar la intensidad de la ansiedad en pacientes previamente diagnosticados.

Es una escala heteroaplicada que consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en los 13 primeros ítems, el último evalúa la conducta del sujeto durante la entrevista.

Cada ítem se califica en una escala de 0 a 4 puntos valorando tanto la intensidad como la frecuencia del síntoma. La puntuación total es la suma de cada ítem. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener además dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica y a ansiedad somática.

Es posible utilizarla sin entrenamiento previo, siendo importante que sea la misma persona la que lo aplique.

Lo puntos de corte recomendados son:

0-5: no ansiedad

6-14 ansiedad leve

15-24 ansiedad moderada

> 24 ansiedad grave

En cuanto a su fiabilidad muestra una buena consistencia interna. La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad. Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos. Es sensible al cambio tras el tratamiento.

La validación de la escala al español fue realizada por Antonio Lobo y colaboradores en el 2001, presentando una adecuada validez discriminante, validez convergente, consistencia interna, fiabilidad test-retest y entre observadores así como sensibilidad al cambio ⁽³³⁾.

11. VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Nivel de medición	Indicador o categoría
Sexo	Característica biológica que distingue a hombres y mujeres	Sexo al que pertenece el participante	Cualitativa dicotómica Independiente	1= Hombre 2= Mujer
Edad	Tiempo de vida de una persona	Edad a la que pertenece el participante	Cuantitativa continua Independiente	Años
Nivel de escolaridad	Grado máximo de estudios obtenida por una persona	Escolaridad que posee el participante	Cualitativa Ordinal Independiente	Primaria: completa/incompleta Secundaria: completa/incompleta Bachillerato: completo/incompleto Licenciatura: completa/incompleta
Ansiedad	Estado de intensa preocupación, la cual puede ser evaluada mediante instrumentos como la escala de ansiedad de Hamilton, cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad mediante 14 ítems.	Presencia de síntomas de ansiedad evaluados mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton	Cuantitativa discreta Dependiente	0-5 Sin ansiedad 6-14 Ansiedad leve 15-24 Ansiedad moderada > Ansiedad grave
Comorbilidad	Coexistencia de dos o más enfermedades o trastornos en un mismo individuo, generalmente relacionadas.	Presencia o ausencia de dos o más trastornos mentales en el participante	Cualitativa Nominal Independiente	1=Depresión 2=Trastorno de personalidad 3= Otros
Tiempo de evolución	Duración de una enfermedad medida en días, meses o años.	Duración de los síntomas de ansiedad del participante	Cuantitativa Continua Independiente	Años

12. PROCEDIMIENTO

Se presentó el proyecto de investigación ante el comité de investigación y el comité de ética del hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Una vez aceptado se acudió con el jefe de servicio de consulta externa para la autorización de la presente investigación.

Se inició con el taller de musicoterapia por parte de los sujetos que aceptaron participar en el estudio. Las sesiones de musicoterapia se llevaron a cabo en el área de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, los días miércoles de cada semana de las 13 a las 14 horas.

La secuenciación de actividades dentro de una intervención de musicoterapia constó de fases preparatorias y otras de actividades. Todas ellas articuladas por criterios metodológicos:

- Alternar las fases de exteriorización (fases expresivas) con las fases de interiorización (fases receptivas).
- Desarrollar primero la conciencia de sí mismo (desarrollo corporal y perceptivo) para pasar a la conciencia del otro (desarrollo emocional-comunicativo-social).
- Mantener la atención-motivación-afecto de los participantes a lo largo de las diferentes fases mediante la escucha mantenida.
- Encadenamiento de actividades buscando la unidad y la variedad.

Las fases que se llevaron a cabo fueron las siguientes:

- Caldeamiento. El caldeamiento (fase expresiva), es el momento inicial de adaptación a la sala de trabajo, a los estímulos sensoriales que se pueden percibir en ella, etc. Es decir, adaptación al espacio físico.

- Motivación para la sesión. La motivación para la sesión (fase receptiva), suele surgir de forma espontánea cuando los diferentes miembros del grupo se dan cuenta de que están ahí, en ese momento, para hacer algo. Es el momento en el que disminuye el volumen sonoro y poco a poco van orientando la mirada a la o las personas que dirigen la sesión. La motivación puede ser verbal, musical, gestual o combinaciones de estas. Estas dos fases se incluyeron en todas las sesiones para seguir una misma estructura, y para indicar que siempre se producen, aunque no sea necesario exponer ni desarrollar actividades específicas durante las mismas.
- Fase de actividad. En cuanto a las fases de actividades se llevaron a cabo en todas las sesiones audición musical e improvisación ya que estas alternan fases receptivas y expresivas.
- Actividades de despedida. Por último, las actividades de despedida (fase expresiva), pudiendo ser cualquier actividad (sonoro-musical o no) preparó la despedida afectiva del grupo cuando se concluyó cada sesión.

Grupo experimental: Previo a la sesión de valoración de musicoterapia se les explicó en qué consistía el estudio y la finalidad del mismo, se aclaró que no se publicaría información personal. Se les solicitó que firmaran la carta de consentimiento informado en caso de que desearán participar. Posteriormente se aplicó la escala de Hamilton para ansiedad a cada uno de los sujetos del grupo de musicoterapia.

Se llevó a cabo una sesión inicial de valoración y diez sesiones de musicoterapia dirigidas por el Dr. José Ibarreche Beltrán como terapeuta y la Dra. Karen Rodríguez Álvarez como co-terapeuta, ambos con certificación en musicoterapia.

Las sesiones fueron impartidas en el área de consulta externa del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Se programó una sesión semanalmente.

Se realizaron sesiones muy estructuradas iniciando con un ritual de bienvenida que incluyó un saludo personalizado con el nombre de cada sujeto. Posteriormente se realizaron las diferentes actividades planteadas según los objetivos. Las actividades fueron:

- Escuchar y responder a la música
- Interpretar o componer
- Música y movimiento.
- Música con otras artes expresivas
- Relajación física y mental

Las sesiones terminaron con un final previsible y conocido para el paciente, ya sea con una canción o con otra actividad facilitando la comprensión del fin de la sesión y la ubicación a su nueva realidad.

Las fases que se llevaron a cabo fueron las siguientes:

- Caldeamiento.
- Motivación para la sesión.
- Presentación de básica.
- Recursos para hacer frente a la enfermedad.
- Ejercicios de respiración.
- Exploración de posibles problemas.
- Fase de actividad.
- Actividades de despedida.

La estructura de cada sesión se describe en el Anexo 2.

Una vez concluidas las 10 sesiones de musicoterapia se aplicó nuevamente a cada sujeto la escala de Hamilton para ansiedad.

Grupo control: Se le explicó a cada sujeto en qué consistía el estudio y la finalidad del mismo, aclarando que no se publicaría información personal. Solicitamos al paciente firmara la carta de consentimiento informado en caso de que deseara participar. Se aplicó una primera valoración con la escala de Hamilton para ansiedad y una segunda aplicación cuando el grupo experimental finalizó el taller de musicoterapia.

13. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se usaron medidas de tendencia central. Se aplicó la prueba de t de Student para muestras dependientes para comparación de variables cuantitativas de dos grupos. Se utilizó el software estadístico SPSS versión 23 para el análisis estadístico de los datos obtenidos.

14. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a los principios de la Declaración de Helsinki, a la NOM-012-SSA3-2012, al Artículo 23 de la ley General de Salud, en materia de Investigación para la Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. La presente investigación implica un riesgo bajo por lo que únicamente se les hace saber la finalidad de la investigación realizada, que la información obtenida es confidencial y que el método empleado en el estudio asegurará el anonimato y confidencialidad del paciente.

15. RESULTADOS

La muestra obtenida fue de 20 sujetos, quienes se encontraban en seguimiento en el servicio de consulta externa, se dividieron en dos grupos, experimental (farmacoterapia y musicoterapia) y control (farmacoterapia). Por género, tanto el grupo experimental como el grupo control se compuso de 4 masculinos (40%) y 6 femeninos (60%) (Ver gráfico 1). La edad promedio en el grupo control fue de 39 +/- 7 y en el grupo experimental fue de 38 +/- 9 (Ver gráfico 2).

Gráfico 1. Distribución por género en sujetos que se encontraban en el grupo experimental (n=10) y grupo control (n=10).

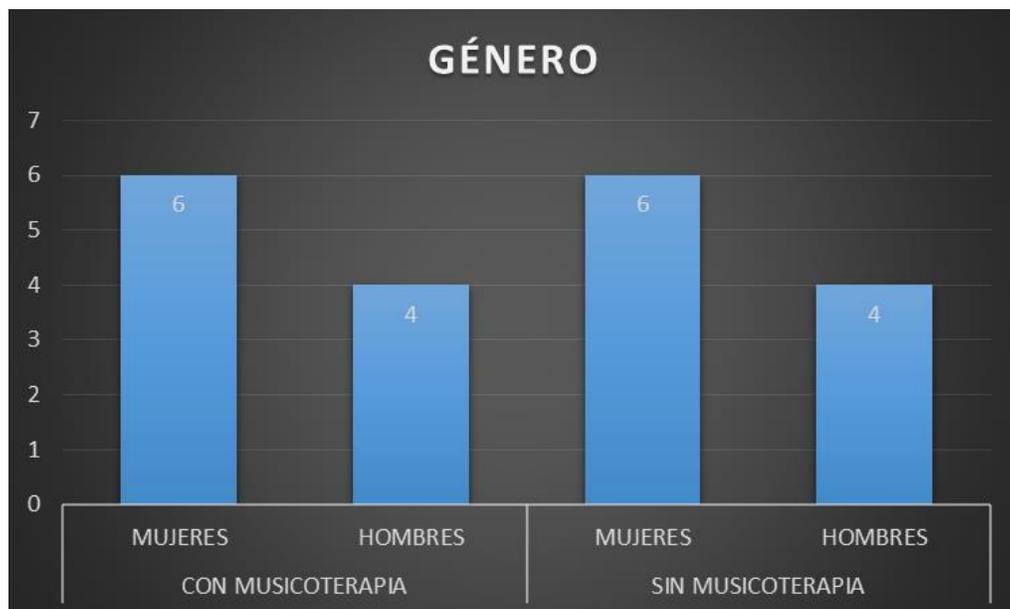
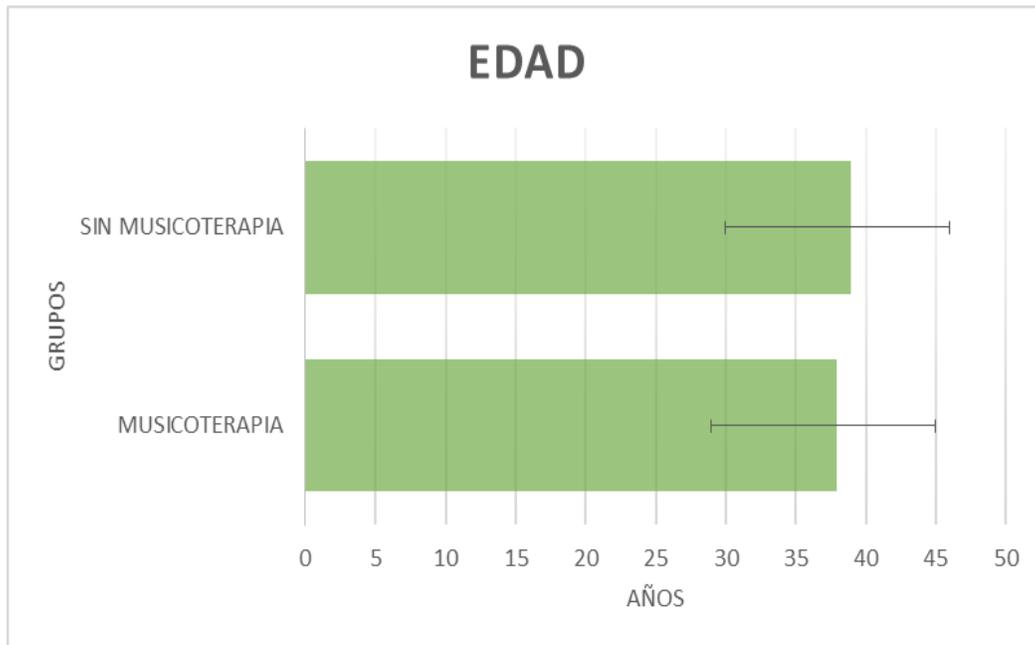


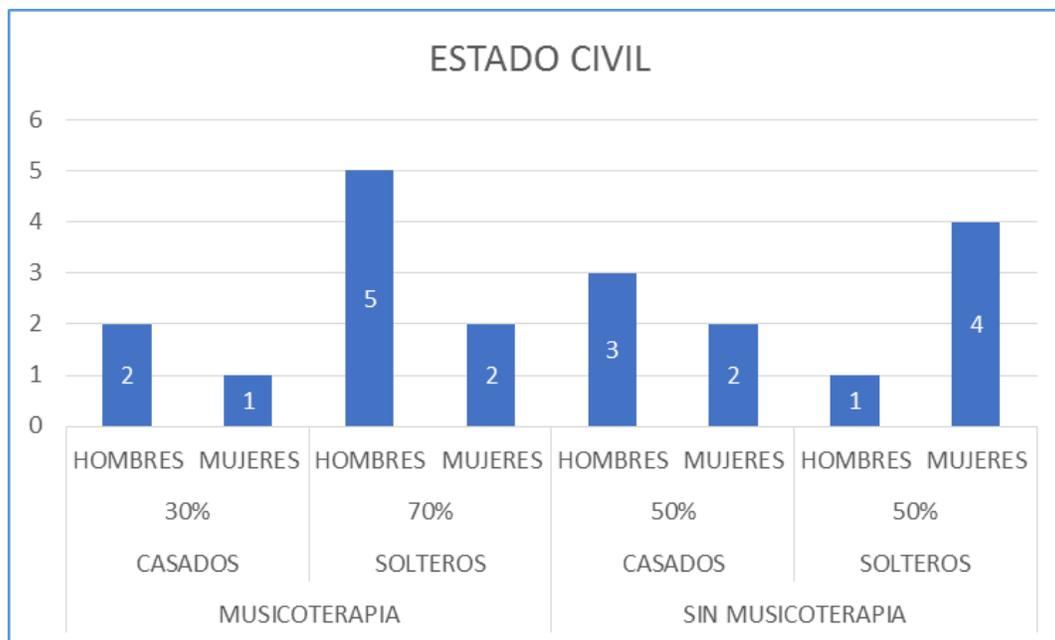
Gráfico 2. Distribución por edad en sujetos que se encontraban en el grupo experimental (n=10) y grupo control (n=10).



La escolaridad promedio tanto en el grupo experimental como en el control fue de 13.6 +/- 1.5 años de estudio. Todos los pacientes habían cursado el bachillerato, el 20% de los sujetos tenía licenciatura completa y el 40% de los sujetos había cursado con licenciatura incompleta.

Respecto al estado civil del grupo experimental el 70% eran solteros y el 30% eran casados, de los sujetos casados 2 eran hombres y 1 era mujer, de los solteros 5 eran mujeres y 2 eran hombres. Del grupo control el 50% eran solteros y el 50% eran casados, de los pacientes casados 3 eran hombres y 2 eran mujeres, de los pacientes solteros 4 eran mujeres y 1 hombre (Ver gráfico3).

Gráfico 3. Distribución por estado civil en sujetos que se encontraban en el grupo experimental (n=10) y grupo control (n=10).



En cuanto a la ocupación, en el grupo experimental el 40 % eran empleados, 2 eran comerciantes, 1 era ama de casa, 1 ejercía la carrera en licenciatura en derecho, 1 era estudiante, 1 era desempleado (Ver gráfico 4). Del grupo control el 30% era comerciante, otro 30% se dedicaban al hogar, 30 % eran empleados y 1 de ellos desempleado (Ver gráfico 5).

Gráfico 4. Ocupación de sujetos que se encontraban en el grupo experimental (n=10)

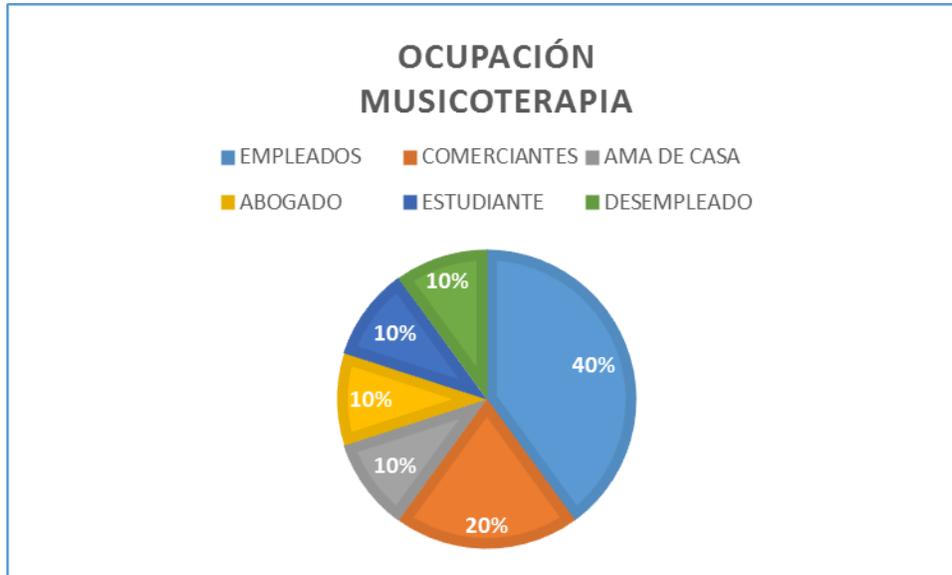


Gráfico 5. Ocupación de sujetos que se encontraban en el grupo control (n=10).



El número de años de evolución en el grupo experimental fue de 2 +/- 1 año, en el grupo control fue de 2 años +/- 1 año.

En cuanto a las comorbilidades, en el grupo experimental 40 % presentaban únicamente ansiedad generalizada, el 50% padecía ansiedad generalizada y depresión y el 10% presentaba trastorno de ansiedad paroxística episódica (Ver gráfico 6). En el grupo control 70% cursaban solo con ansiedad generalizada, el otro 30% padecía comorbilidad con depresión (Ver gráfico 7).

Gráfico 6. Comorbilidades en sujetos que se encontraban en el grupo control (n=10).

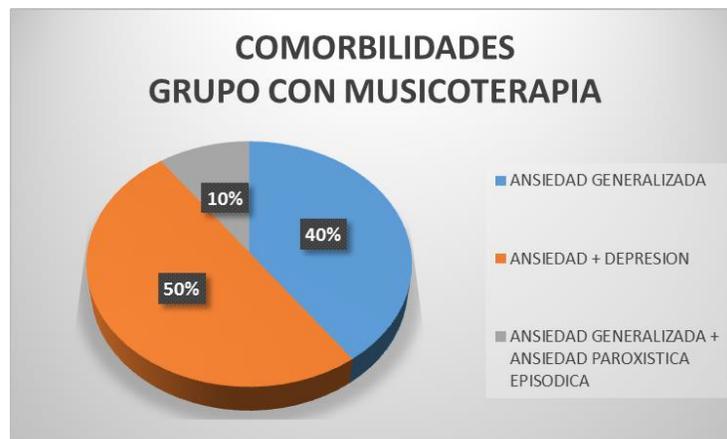


Gráfico 6. Comorbilidades en sujetos que se encontraban en el grupo experimental (n=10)



El 30% de los sujetos en el grupo experimental tenían tratamiento con fluoxetina, 20% con paroxetina, 20% con sertralina en combinación con lorazepam, 10% con sertralina, 10% con escitalopram y 10% con citalopram (Ver gráfico 7). En el grupo control 50% tenían tratamiento con sertralina, 30 % con fluoxetina y 20 % con paroxetina (Ver gráfico 8).

Gráfico 7. Tratamiento farmacológico en sujetos que se encontraban en el grupo experimental (n=10).

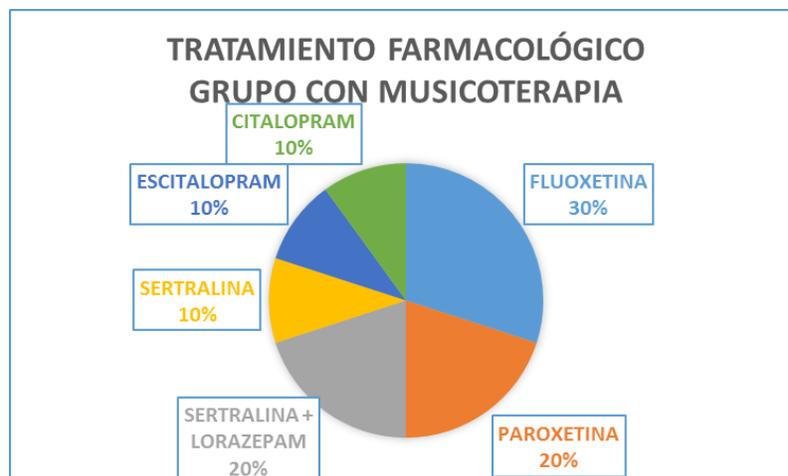
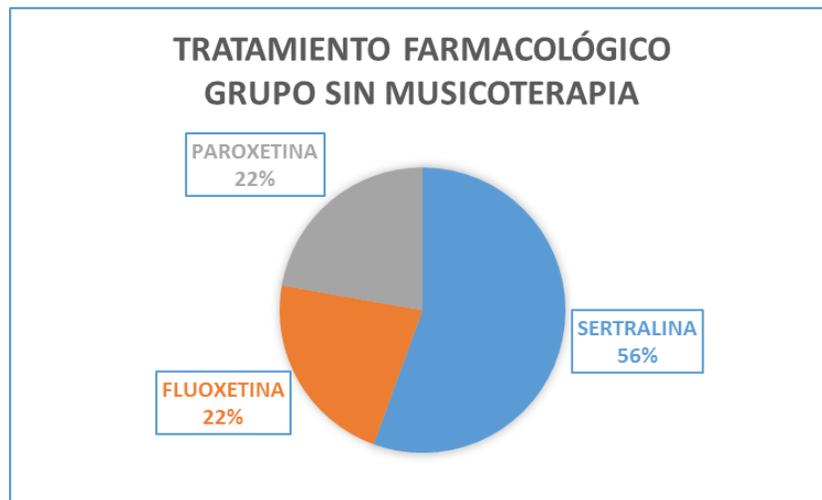


Gráfico 8. Tratamiento farmacológico en sujetos que se encontraban en el grupo control (n=10).



En cuanto al tratamiento farmacológico en el grupo control, 3 sujetos estaban tratados con fluoxetina, 5 sujetos con sertralina y 2 sujetos con paroxetina. Al inicio del estudio uno de los sujetos tratados con fluoxetina presentaba ansiedad moderada, los otros dos ansiedad severa, al final del estudio no existió cambio en cuanto a la severidad en los sujetos tratados con fluoxetina. En los sujetos tratados con sertralina al inicio del estudio dos de ellos presentaban ansiedad moderada, los otros tres ansiedad severa, al término del estudio solo uno permaneció con ansiedad moderada, los otros cuatro presentaron ansiedad severa. Los dos sujetos tratados con paroxetina se encontraban con ansiedad moderada al inicio del estudio, al finalizar, uno de ellos cambió a ansiedad leve, el otro permaneció en ansiedad moderada.

En el grupo experimental hubo 3 sujetos tratados con fluoxetina, 1 con sertralina, 2 con sertralina y lorazepam, 2 con paroxetina, 1 con escitalopram y 1 con

citalopram. De los sujetos tratados con fluoxetina los tres se encontraban en ansiedad severa al inicio del estudio, al finalizar el estudio dos de ellos presentaron ansiedad leve y uno de ellos ansiedad moderada. Un sujeto que se encontraba en tratamiento con sertralina al inicio del estudio, presentó ansiedad moderada, al finalizar el estudio cambió a ansiedad leve. Los dos sujetos tratados con paroxetina presentaron ansiedad severa al inicio y posteriormente ansiedad moderada. El sujeto tratado con citalopram cambio de ansiedad grave a ansiedad leve y el tratado con escitalopram de ansiedad grave a moderada. Finalmente los dos sujetos tratados con sertralina y lorazepam presentaron ansiedad moderada al inicio del estudio, al término uno de ellos permaneció con ansiedad moderada mientras que el otro ya no presentaba ansiedad.

En cuanto al tiempo de evolución en el grupo experimental el 30% de los sujetos tuvo una evolución del padecimiento de 1 año, 50% de 3 años, 10 % de 4 años y 10% de dos años (Ver gráfico 9). En el grupo control el tiempo de evolución fue en un 30% de 1 año, 30% de 2 años, 20% de 3 años, 10% de 4 años y 10 % de 5 años (Ver gráfico 10).

Gráfico 9. Tiempo de evolución en sujetos que se encontraban dentro del grupo experimental (n=10).



Gráfico 10. Tiempo de evolución en sujetos que se encontraban dentro del grupo control (n=10).



Resultados en escalas clinimétricas

Tanto al grupo control como al experimental se le aplicó la escala de ansiedad de Hamilton al inicio del estudio con la cual se corroboraron los síntomas de ansiedad tanto somáticos como psíquicos. Con el propósito de éste estudio de evaluar los

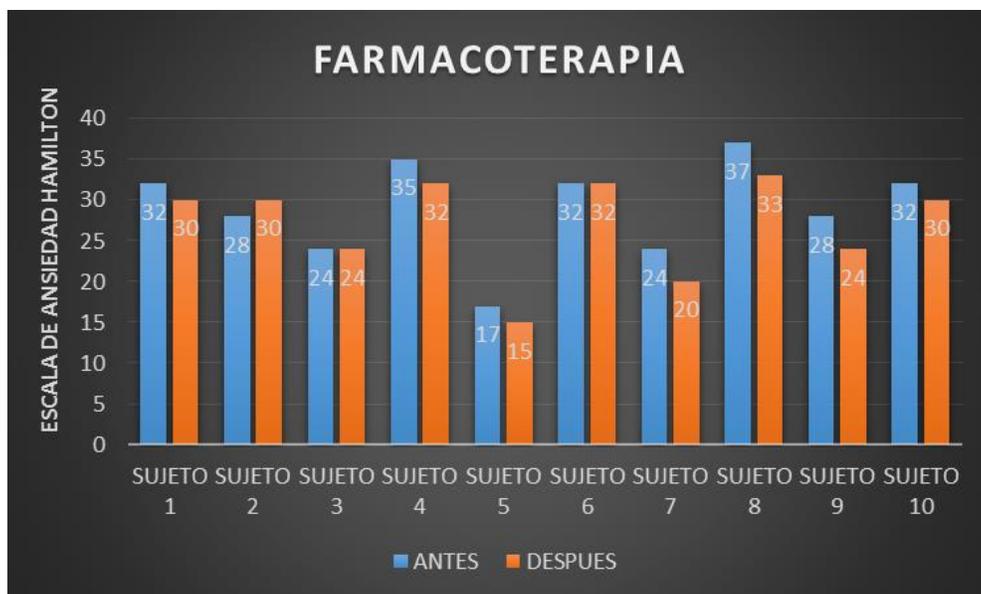
síntomas de ansiedad antes y después de la intervención del taller de musicoterapia se aplicó la escala al grupo control posterior a las 11 sesiones establecidas y al grupo experimental al concluir las sesiones con el grupo control.

Se observó que en la primera aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton en el grupo control, el 50% presentó ansiedad moderada y el otro 50 % presentó ansiedad severa. Al aplicar nuevamente la escala de ansiedad de Hamilton el 10% presentó ansiedad leve, el 30 % ansiedad moderada y un 60 % ansiedad severa.

Dentro del grupo experimental en la primera aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton el 30% se encontraban en un grado moderado de ansiedad mientras que el 70% tenían un grado de ansiedad severo. Posterior a la aplicación de las 11 sesiones de musicoterapia existió una disminución en el grado de severidad, encontrando que el 40% de los pacientes presentó ansiedad leve, 50% presentó ansiedad moderada y el 10% se encontraba sin presencia de ansiedad, ninguno presentó ansiedad severa.

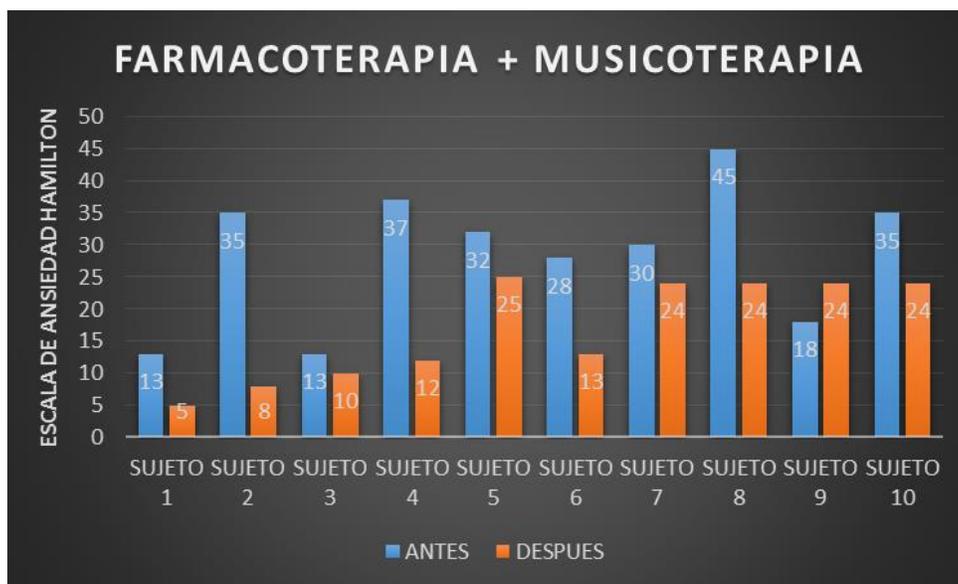
En cuanto al grupo control, tomando en cuenta la puntuación total de la escala de ansiedad de Hamilton, se observó que no existió una disminución significativa en cada uno de los sujetos, encontrando en el primer sujeto un puntaje que iba de 32 a 30 puntos, en el segundo sujeto de 28 a 30 puntos, el tercer sujeto se mantuvo con 24 puntos, el cuarto sujeto descendió de 35 a 32 puntos, el quinto sujeto de 17 a 15 puntos, el sexto sujeto se mantuvo en 32 puntos, el séptimo sujeto de 24 a 20 puntos, el octavo sujeto de 37 a 33 puntos, el noveno sujeto de 28 a 24 puntos y finalmente el décimo sujeto descendió de 32 a 30 puntos. Encontrando una media muestral en la primera aplicación de 28 puntos y en la segunda aplicación de 27 puntos (Ver gráfico 11).

Gráfico 11. Comparación de resultados de la escala de ansiedad de Hamilton antes y después de la intervención en sujetos del grupo control (n=10).



En cambio en el grupo experimental se encontró una disminución significativa en el puntaje total de severidad de la ansiedad antes y después de la aplicación de musicoterapia. El primer sujeto presentó un descenso de 13 a 5 puntos, el segundo sujeto de 35 a 8 puntos, el tercer sujeto de 13 a 10, el cuarto sujeto de 37 a 12 puntos, el quinto sujeto de 32 a 25 puntos, el sexto sujeto de 28 a 13 puntos, el séptimo sujeto de 30 a 24 puntos, el octavo sujeto de 45 a 24 puntos, el noveno sujeto de 18 a 24 puntos y finalmente el décimo sujeto de 35 a 24 puntos. Encontrando una media muestral en la primera aplicación de 28 puntos y en la segunda aplicación de 16 puntos (Ver gráfico 12).

Gráfica 12. Comparación de resultados de la escala de ansiedad de Hamilton antes y después de la intervención en sujetos del grupo experimental (n=10).



En lo referente a la diferencia entre los puntajes iniciales y finales de la escala de Hamilton para Ansiedad, se observó disminución en el puntaje de ambos grupos, con una media 1.9 puntos con desviación estándar de 2.0 para el grupo tratado exclusivamente con farmacoterapia correspondiente a una significancia de 0.015 y para el grupo que combinó farmacoterapia y musicoterapia se obtuvo una media de 11.7 puntos con una desviación estándar de 10.3 correspondiente a un valor de p de 0.006. Ambos resultados reflejan mejoría en la sintomatología de ansiedad, siendo más prominente esta diferencia para el grupo experimental (Ver cuadro 1).

Cuadro 1. Diferencia entre las medias de los resultados de la escala de Hamilton para ansiedad en sujetos del grupo control y el grupo experimental.

Diferencias en escala de Hamilton para ansiedad posterior a intervención					
GRUPOS	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
Grupo sin musicoterapia	1.900	2.025	2.967	9	0.015*
Grupo con musicoterapia	11.700	10.361	3.571	9	0.006*
* significancia $p < 0.05$					

En cuanto a los síntomas psíquicos dentro del grupo control, se obtuvo una media muestral de 15 puntos al inicio y de 13 puntos al final del estudio. En el grupo experimental se encontró una media de 13 puntos antes de la aplicación de musicoterapia y de 9 puntos posterior a la aplicación.

En relación a los síntomas somáticos en el grupo control hubo una media de 12 puntos al inicio y de 13 puntos al final. En el grupo experimental la media al inicio fue de 15 puntos y de 6 puntos tras la aplicación de musicoterapia con un valor de p menor a 0.05.

Cuadro 2. Diferencia entre las medias en las subescalas psíquica y somática de la escala de ansiedad de Hamilton en sujetos del grupo control y el experimental.

Diferencias en subescalas de Hamilton para ansiedad posterior a intervención						
		Media	Desviación estándar	t	g.l.	Significancia (bilateral)
Grupo sin musicoterapia	Ansiedad Psíquica	2.300	3.268	2.226	9	0.053
	Ansiedad Somática	-0.900	4.228	-0.673	9	0.518
Grupo con musicoterapia	Ansiedad Psíquica	4.500	5.318	2.676	9	0.025*
	Ansiedad Somática	8.800	3.994	6.967	9	0.000*

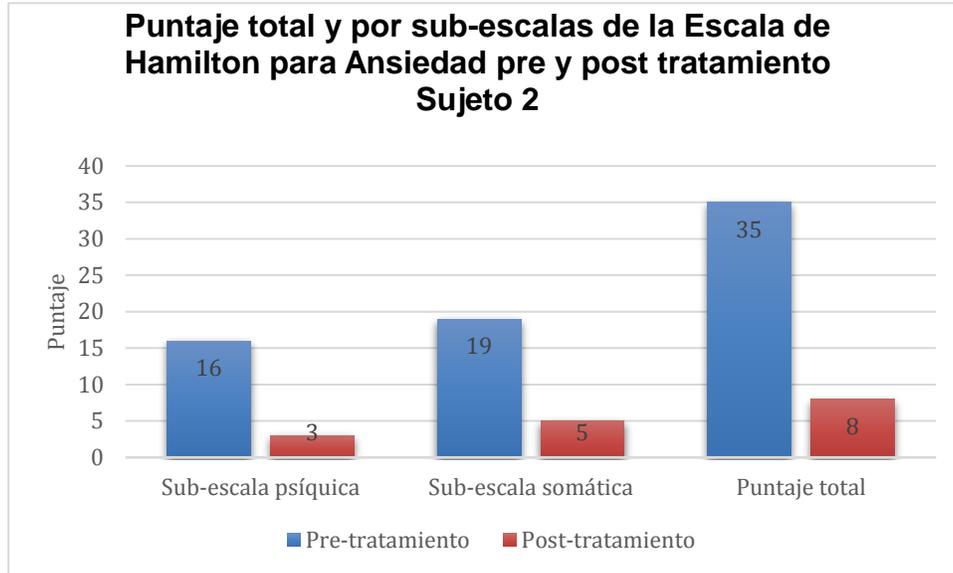
* significancia $p < 0.05$

Se determinó el cambio clínico objetivo como resultado de la combinación de farmacoterapia y musicoterapia mediante la fórmula de porcentaje de cambio descrita por Cardiel en 1994 para dos sujetos en particular. De acuerdo a Cardiel ⁽³⁵⁾ se considera significativo cuando el resultado del porcentaje de cambio es mayor al 20%.

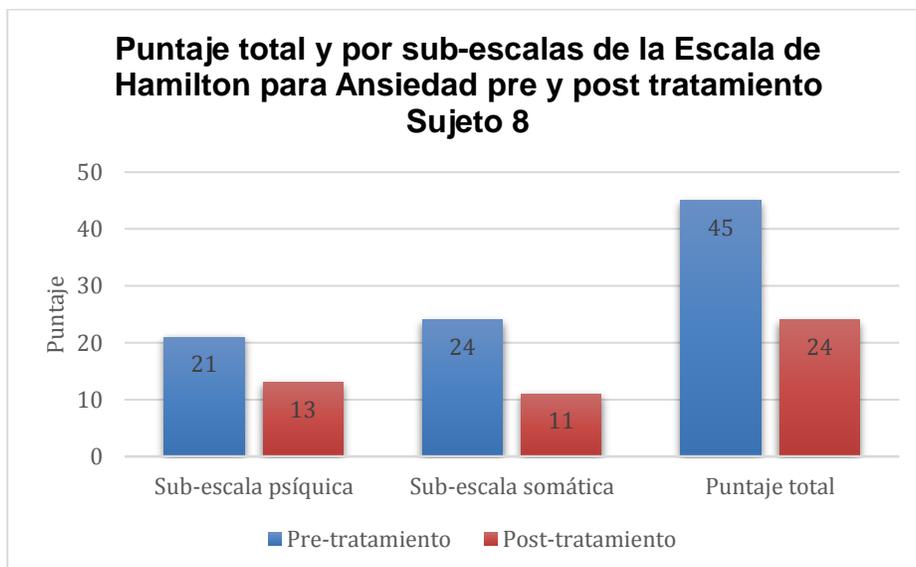
El primero de ellos, el sujeto 2 del grupo experimental, obtuvo un puntaje total previo a la intervención de 35 puntos en la escala de Hamilton para ansiedad y posteriormente un puntaje total de 8 al final de las sesiones de musicoterapia; obteniendo así un porcentaje de cambio de 77%, respectivamente a las dos sub-escalas que integran el puntaje total; en la sub-escala psíquica se observó un cambio de 16 a 3 puntos y en la sub-escala somática de 19 a 5 puntos. El segundo caso, el sujeto 8 del mismo grupo, obtuvo un puntaje total inicial de 45 puntos de la escala de Hamilton para ansiedad y posterior al manejo con farmacoterapia y musicoterapia obtuvo un puntaje total de 24, lo que corresponde a un porcentaje de cambio de 46%, en cuanto a los puntajes de las sub-escalas, en este sujeto existió un descenso de 21 a 13 puntos en la sub-escala psíquica y de 24 a 11 puntos en la sub-escala somática correspondientemente.

De esta forma, se observó que ambos sujetos obtuvieron un cambio clínico significativo en el puntaje de la escala de Hamilton para ansiedad con la combinación de la farmacoterapia con sesiones sistemáticas de musicoterapia de acuerdo a la fórmula de Cardiel.

Gráfica 12. Resultado total y de la subescala de ansiedad somática y psíquica de la escala de ansiedad de Hamilton antes y después de la intervención del sujetos 2 del grupo experimental.



Gráfica 12. Resultado total y de la subescala de ansiedad somática y psíquica de la escala de ansiedad de Hamilton antes y después de la intervención del sujetos 8 del grupo experimental.



16. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación coinciden con el estudio realizado en población mexicana por Flores et al en 2015 en donde se redujeron los síntomas de ansiedad de manera significativa tras la aplicación de musicoterapia en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y resistencia a tratamiento farmacológico. Se decidió utilizar la escala de ansiedad de Hamilton ya que cuenta con alta sensibilidad para evaluar el cambio de los síntomas tras el tratamiento ⁽³¹⁾.

Los resultados además coinciden con el estudio realizado por Sepulveda y colaboradores en 2011 en donde el uso de musicoterapia fue eficaz en la disminución de la ansiedad en niños que acudieron a quimioterapia ambulatoria en el Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI señalando a la música como una herramienta para reducir los síntomas de ansiedad en pacientes preoperatorios, siendo ésta una alternativa viable a los ansiolíticos ⁽²²⁾.

Dentro de la fisiopatología de la ansiedad, se conocen diversas estructuras neuroanatómicas entre las que destacan el núcleo motor dorsal del vago quien regula la actividad cardíaca y el núcleo parabraquial que regula la activación respiratoria ⁽⁹⁾. Se observó que con la intervención de musicoterapia como alternativa terapéutica existió una reducción significativa en los síntomas somáticos musculares, síntomas somáticos generales sensoriales, síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones), síntomas respiratorios (disnea), síntomas gastrointestinales (disfagia, diarrea o estreñimiento), síntomas genitourinarios (poliaquiuria, menorragia eyaculación, precoz), síntomas autónomos (boca seca,

mareo, cefalea), lo cual coincide con lo publicado por Benezon R.O en donde refiere que el sonido y la música tiene efectos biológicos sobre el ser humano como la regulación en el ritmo cardiaco, el pulso y la presión sanguínea, la respiración, reducción de la fatiga e incremento en el tono muscular, siendo capaz de provocar cambios en el metabolismo y la biosíntesis de procesos enzimáticos ⁽²²⁾.

De acuerdo a la información que se conoce en la actualidad se sabe que las mujeres tienen dos veces mayor riesgo de padecer trastorno de ansiedad generalizada, siendo la edad de inicio entre los 20 y 40 años, lo cual coincide con éste estudio en donde se observó mayor número de mujeres (60%) que de hombres (40%) siendo la edad promedio de entre 38 y 39 años ⁽⁵⁾.

En cuanto a la comorbilidad, el padecimiento que con mayor frecuencia se presenta junto con los trastornos de ansiedad es la depresión, en el estudio se encontró una comorbilidad con depresión en el 50% de los sujetos dentro del experimental y de un 30% en el grupo control, siendo una información relevante puesto que la presencia de trastornos psiquiátricos comorbidos reduce significativamente la probabilidad de recuperación tal como lo señala el estudio realizado por Bruce S.E y colaboradores ⁽¹⁵⁾.

En cuanto al tratamiento utilizado en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada la literatura recomienda iniciar con un antidepresivo serotoninérgico ⁽¹⁷⁾. Tanto el grupo control como el grupo experimenta se encontraban tratados farmacológicamente con inhibidores de la recaptura de serotonina observando una reducción en los síntomas de ansiedad en ambos grupos, siendo más significativa en los sujetos que acudieron a las sesiones de musicoterapia.

17. CONCLUSIONES

La presente investigación se puede considerar como una aproximación al estudio de síntomas somáticos y psíquicos en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada ya que a partir de los resultados obtenidos se observó una reducción de éstos de forma significativa, pudiendo considerar a la musicoterapia como un tratamiento coadyuvante, eficaz para disminuir los síntomas de ansiedad, siendo una medida útil para mejorar la evolución y el pronóstico en éstos padecimientos, los cuales de acuerdo a la literatura tienen un curso insidioso, crónico, con bajas tasas de recuperación y altas probabilidades de recurrencia.

Con los resultados obtenidos del presente estudio se propone el uso en ésta institución, de la musicoterapia como una alternativa terapéutica, útil para los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, mejorando así el apego al tratamiento y el pronóstico de éste padecimiento tan prevalente en nuestro Hospital y el cual se encuentra asociado a una disminución laboral y un mayor uso en los servicio de atención primaria, además de ser una opción terapéutica de corta duración por lo tanto menos costosa para los pacientes.

18. ALCANCES Y LIMITACIONES

Sería conveniente la realización de estudios similares con mayor población, además de la aplicación de la escala de depresión de Hamilton para observar si existe mejoría en la sintomatología depresiva en aquellos pacientes con dicha comorbilidad. En próximos estudios recomendamos incrementar el número de sesiones de musicoterapia con una disminución gradual de éstas para disminuir el riesgo de recaída en los pacientes.

De acuerdo con Chichon P y Thaut ^(25,32). Se ha observado que la música es capaz de modificar conductas asociadas a dificultades emocionales e interpersonales, siendo utilizada como técnica para identificar y corregir creencia irracionales, por lo que valdría la pena, se indagara acerca de los cambios de conducta identificados por los participantes a través de instrumentos de medición validados, pues aunque durante las sesiones afirmaron mejoría clínica, no hubo un registro de alguna conducta modificada.

19. REFERENCIAS

1. Sadock, B. Sadock, Virginia. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª ed. New York. Wolters Kluwer; 2008 pp: 579-633.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Academy. 5ª ed. E.U.A; 2014. pp. 129-144.
3. Medina-Mora, M. Borges, G, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de Epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003; 26(4): 1-16.
4. Wittchen, HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden and cost to society. *Depress Anxiety*. 2002; 16(4): 162-171.
5. Wittchen HU, Zhao S, Kessler R, Eaton W. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:355.
6. Tyrer P, Seivewright H, Johnson T. The Nottingham Study of Neurotic Disorder: predictors of 12-year outcome of dysthymic, panic and generalized anxiety disorder. *Psychol Med*. 2004; 34(8):1385-1394.
7. Kessler, R. Gruber, M. et al. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychol Med*. 2008; 38(3): 365-374.
8. Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Emmanuel N, et al. Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (2):1216-1220.
9. Palomo, T. Jiménez Arriero M., et al. Manual de Psiquiatría. 1ra ed. Madrid, España. Grupo ENE; 2009: 377- 389.
10. Safren, G. Gershuny B, Marzol P, Otto M, Pollack M. History of childhood

abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2002; 190(7):453-6.

11. Rosenbaum JF, Biederman J, et al. Behavioral inhibition in childhood: a risk factor for anxiety disorders. *Harv Rev Psychiatry.* 1993; 1(1):2-16.

12. Fernández V, Osório FL. Are there associations between early emotional trauma and anxiety disorders? Evidence from a systematic literature review and meta-analysis. *Eur Psychiatry.* 2015; 30(6):756-64.

13. Brown TA, O'Leary TA, Barlow DH. Generalized anxiety disorder. In: *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, 2nd ed. New York. Guilford. 1993: 137.

14. Bruce S, Yonkers K, Otto M, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1179.

15. Shores M, Glubin T, Cowley D, et al. The relationship between anxiety and depression: a clinical comparison of generalized anxiety disorder, dysthymic disorder, panic disorder, and major depressive disorder. *Compr Psychiatry* 1992; 33(8): 237-242.

16. Hendriks G, Oude Voshaar R, Keijsers G, et al. Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117(6): 403-411.

17. Mitte, K. Meta-Analysis of Cognitive–Behavioral Treatments for Generalized Anxiety Disorder: A Comparison With Pharmacotherapy. *Psychological Bulletin.* 2005; 131(5): 785-795.

18. Poch B. *Compendio de Musicoterapia (I y II)*. 1era ed. Barcelona, España. Herder; 1999: 203-225.

19. Palacios, JI. El Concepto de Musicoterapia a través de la Historia. Revista Electrónica de LEEME (Lista Europea de Música en la Educación). 2004; 13 (5): 118.
20. Betés de Toro M. Fundamentos de musicoterapia. Madrid. Morata; 2000.
21. Victor Muñoz Polit. Musicoterapia Humanista: un modelo de psicoterapia musical humanista. México D.F. Libra; 2008. 19.
- 22.- Benenzon RO. Musicoterapia. De la teoría a la práctica. Madrid: Paidós; 2011. 114-122.
- 23.- Jauset BJ. Música y Neurociencia: la musicoterapia. Sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas. Barcelona; 2008. 105-116.
- 24.- Bealieu J. Música, sonido y curación. De la teoría a la Práctica. 1era ed. Barcelona, España. Paidós; 1994. 54-58.
- 25.- Chichon, P. Lacárcel, J. et al. Música y Salud: Introducción a la musicoterapia II. 1º ed. Madrid, España; 1999. 18-20.
- 26.- Fernández de Juan T. Donde termina la palabra. La música como terapia. México. Plaza y Valdés;2001. 95-102
- 27.- Davis WB, Michael H. Introducción a la Musicoterapia: Teoría y Práctica. Barcelona. Boileau; 2006. 247-259.
- 28.- Sánchez Romero C. Formación y desarrollo profesional del educador social en contexto de intervención. Madrid. UNED; 2015. 124-129.
- 29.- Bradt, J. Dileo, C. Shim, M. Music interventions for preoperative anxiety. Cochrane Database Sys Rev. 2013; 6(6): CD006908.

- 30.- Murow, E. Sánchez, J. La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*. 2003; 26(8): 47-58.
- 31.- Flores, EO. Terán, V. Music therapy in generalized anxiety disorder. *The arts of Psychotherapy*. 2015; 44(7): 19-24.
- 32.- Rebolledo, F. La musicoterapia como instrumento favorecedor de la plasticidad, el aprendizaje y la reorganización neurológica. *Plasticidad y Restauración neurológica*. 2006; 5(1): 85-97.
- 33.- Lobo A, Camorro L., Luque A et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y la ansiedad. *Medicina clínica* 2002.118 (13): 493-499.
- 34.- Sepulveda, A., René O., et al. La musicoterapia para disminuir la ansiedad. Su empleo en pacientes pediátricos con cáncer. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2014. 52 (2): 50-54.
- 35.- Cardiel, R. M. La medición de la Calidad de Vida. *Epidemiología Clínica*. México. Interamericana McGraw Hill. 1994: 189-199.

20. ANEXOS

Anexo 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto se me ha informado de la realización en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” de un proyecto de investigación titulado “Musicoterapia como tratamiento coadyuvante en pacientes con ansiedad generalizada”.

- I. Acepto participar en el taller de musicoterapia impartido en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” que consta de 10 sesiones con horario establecido.
- II. Declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar los síntomas de ansiedad presentes antes y después de la aplicación de la intervención (Musicoterapia)
- III. Se me informó que se me aplicará la escala de Hamilton para ansiedad, siendo un instrumento de evaluación totalmente inofensivo, sin representar ningún riesgo para mi salud o estado emocional.
- IV. Se me informó que en caso de requerir atención intrahospitalaria seré enviado al servicio de urgencias.
- V. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo acerca del estudio en cuestión y mi participación.
- VI. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi atención de parte del servicio médico.
- VII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados en las pruebas son totalmente confidenciales.
- VIII. Se me informó que tengo el derecho de recibir el resultado de las valoraciones de forma verbal o escrita así como las valoraciones médicas y/o tratamientos si es que el resultado ponga en evidencia una disfunción o patología severa que afecte la función o la vida.

Se me ha brindado la oportunidad de externar las dudas respecto a este documento y al estudio hasta aclararlas completamente.

Paciente (nombre, firma y fecha)

Testigo

Testigo

Nombre del médico: Dra. Karen Rodríguez Álvarez. Ced. Profesional: 8113532

Anexo 2.

MANUAL DE MUSICOTERAPIA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA

INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia de forma considerable a malestar y deterioro global. A pesar de los avances en la farmacoterapia y en la psicoterapia que han posibilitado la administración de un tratamiento eficaz, sigue considerándose un padecimiento crónico que generalmente inicia en la infancia y se exacerba con un episodio vital importante, siendo la preocupación el componente cognitivo fundamental pudiéndose incluso considerar el rasgo cardinal del trastorno. Hasta la fecha la única terapia – (Dan J. Stein 2002).

Desde 1990 se publicaron varias revisiones sobre el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (Barlow y cols., 1997; Borkovec y Whisman, 1996; Butler y Booth, 1991). Estas revisiones se centran en técnicas cognitivas y conductuales para aliviar la preocupación y la tensión y se ha concluido que suelen surtir efecto. Sin embargo el pronóstico de éste padecimiento sigue siendo sombrío con múltiples recaídas, por lo que se debe seguir en búsqueda de alternativas terapéuticas que mejoren la calidad de vida de los pacientes con éste padecimiento.

SESIÓN DE VALORACIÓN (16 de Noviembre 2016)

- **Caldeamiento**

Pieza Musical:

En la primera parte de manera aleatoria se colocó el disco “Essential Piano”
En la segunda parte Quinteto para Piano y Viento en E bemol mayor (Allegretto).
Mozart

- Primera Parte. Motivación para la sesión. Con música de fondo y de forma verbal, se da una breve explicación, en primer lugar acerca de la música y las diferentes sensaciones que ésta puede producir en nosotros, sus preferencias musicales, etc. para pasar a la explicación, de forma general, en qué van a consistir las distintas sesiones de musicoterapia en las que van a participar y cómo van a desarrollarse, qué objetivos tienen. Siempre teniendo en cuenta las diferentes dificultades de comprensión y expresión que puedan tener algunos de los miembros del grupo, especialmente aquellos con más necesidades de apoyo.
- Segunda Parte. Integración. Movimiento alrededor de la sala dando diferentes instrucciones para fomentar la integración del grupo.

- **Ejercicio. “Nos relajamos”**

Pieza Musical:

Adagio en G menor para Albinoni. Remo Giazotto.

- Eliminar tensiones musculares
- Favorecer la atención.
- Preparar el cuerpo para actividades posteriores.

Sentados de manera cómoda con los ojos cerrados y con la música de fondo vamos escuchando y concentrándonos. El terapeuta guía al grupo con ejercicios de relajación, respiración e imaginación. Es importante utilizar voz pausada, relajada y tranquila, cuidando la entonación y los silencios, haciendo especial hincapié en las frases que hacen referencia a un estado de bienestar. Finalmente, poco a poco irán abriendo los ojos. Podemos utilizar una historia o ejercicios de respiración.

- **Despedida.**

Pieza Musical:

Sonata para Arpeggione y Piano en A menor. Adagio. Rostropovich.

- Desarrollar actitudes de colaboración.
- Prepararse para abandonar la sala.

PRIMERA SESIÓN **(23 de noviembre 2016)**

- **Caldeamiento**

Pieza Musical:

En la primera parte de manera aleatoria el disco “Essential Piano”
En la segunda parte Rhapsody in blue. George Gershwin.

Primera parte: Motivación para la sesión.

Segunda parte: Movimiento alrededor de la sala dando diferentes instrucciones para fomentar la integración del grupo.

- **Primer Ejercicio. Escuchar y responder a la música.**

Pieza Musical:

Suite No. 3 en D. Air. Bach

- Enfocado a ayudar a los pacientes a que sean más conscientes de sus pensamientos y sentimientos.
- Desbloquear las tensiones neuromusculares.
- Ayudar a regular el movimiento corporal de forma intencional.
- Seguir el ritmo de la música.
- Desarrollar la atención y la concentración.
- Seguir dos o más instrucciones.

Durante los 4 minutos que dura la pieza el Terapeuta guiará al grupo con ejercicios de respiración y de movimiento. La idea principal es ver la respuesta del grupo ante las instrucciones y la capacidad de controlar los movimientos corporales. Identificar pacientes con alto grado de ansiedad.

- **Segundo Ejercicio. Música y movimiento. “Soy un instrumento”**

Pieza Musical:

Sixteen Tons. Leon Russell

- Regular el movimiento corporal de forma intencional y guiada.
- Mover las partes del cuerpo que intervienen al tocar diferentes instrumentos.
- Familiarizarles con el sonido de distintos instrumentos.
- Adecuar los movimientos al ritmo de la música.

- **Tercer Ejercicio. Escucha Empática.**

Pieza Musical:

Wonderful Tonight. Eric Clapton

Alguien ha traído una pieza musical que le es significativa (en ésta primera sesión es el terapeuta). Todos en el grupo las escuchamos y posteriormente compartimos

por qué es significativa dicha canción para quién la trajo. Posteriormente todos participan diciendo su sentir con respecto a las canciones escuchadas.

- **Despedida.**

Pieza Musical:

Sonata para Arpeggione y Piano en A menor. Adagio. Rostropovich.

- Desarrollar actitudes de colaboración.
- En este caso específico la realización de escalas.
- Prepararse para abandonar la sala.

SEGUNDA SESIÓN (30 de noviembre 2016)

- **Caldeamiento**

Pieza Musical:

En la primera parte de manera aleatoria el disco “Essential Piano”
En la segunda parte Cecilia. Simon & Garfunkel

Primera parte: Motivación para la sesión.

Segunda parte: Movimiento alrededor de la sala dando diferentes instrucciones para fomentar la integración del grupo.

- **Primer Ejercicio. “Nos relajamos”**

Pieza Musical: Moonlight Sonata. Beethoven

- Eliminar tensiones musculares
- Favorecer la atención.
- Preparar el cuerpo para actividades posteriores.

Sentados de manera cómoda con los ojos cerrados y con la música de fondo vamos escuchando y concentrándonos. El terapeuta guía al grupo con ejercicios de relajación, respiración e imaginación. Es importante utilizar voz pausada, relajada y tranquila, cuidando la entonación y los silencios, haciendo especial hincapié en las frases que hacen referencia a un estado de bienestar. Finalmente, poco a poco irán abriendo los ojos. Podemos utilizar una historia o ejercicios de respiración.

Colócate en una posición cómoda con los brazos extendidos cómodamente a los lados, las piernas estiradas, con los pies ligeramente abiertos hacia fuera, con una disposición a relajarte cierra los ojos y siente tu respiración, tranquila, en calma.

A partir de este instante vas a tomar conciencia de tu respiración y trata de no modificarla, simplemente observa como respiras, no te identifiques con el proceso, has de realizarlo sin juicio.

Ves una vela y como se mueve lentamente la llama. La vela está en una mesa junta a la ventana. Por la ventana ves un prado verde iluminado por la luna. Alcanzas a ver las montañas.

Ve una extensión del pasto que se extiende hasta un bosque cercano. Ve los reflejos verdes de la luna sobre la pradera, extiende la mirada hacia el bosque y ves hojas de todos los tonos de verde posibles es relajante, muy relajante, aunque parece oscuro, cada vez alcanzas a ver más tonos de verdes hasta formarse ante tus ojos una miríada de delicadas tonalidades de verde es hermoso y lo disfrutas, respiras tranquilo y en calma un aire puro, lleno de oxígeno que producen los árboles del bosque, te repites “me encuentro respirando un aire puro”, con cada

respiración me relajo más y más. Te quedas por unos instantes observando el prado verde, los viejos árboles centenarios, sus hojas hermosas y sintiendo tu respiración.

Dejas de ver la ventana y volteas de nuevo a la vela con la llama que se mueve lentamente.

- **Segundo Ejercicio. Escucha Empática.**

Pieza Musical: Yanni. One Man's Dream (Solicitado por un miembro del grupo)

Alguien ha traído una pieza musical que le es significativa (en ésta primera sesión es el terapeuta). Todos en el grupo las escuchamos y posteriormente compartimos por qué es significativa dicha canción para quién la trajo. Posteriormente todos participan diciendo su sentir con respecto a las canciones escuchadas.

- **Tercer Ejercicio. Bailamos.**

Pieza Musical: Tribal Music. African Tribal Drums.

El objetivo aquí es divertirnos con la música. Se logrará trabajar la coordinación de movimientos, fomentar la cooperación, trabajar la relación del yo con el otro, implicarles en la realidad del otro, aumentar el protagonismo de cada persona y conocer y respetar las preferencias de cada miembro del grupo.

La idea de traer una pieza compuesta exclusivamente con tambores es que los miembros del grupo desarrollen los objetivos antes mencionados, en un ambiente poco controlado en el que no es una pieza que conocen.

- **Despedida.**

Pieza Musical:

Sonata para Arpeggione y Piano en A menor. Adagio. Rostropovich.

- Desarrollar actitudes de colaboración.
- En este caso específico la realización de escalas.
- Preparase para abandonar la sala.

TERCERA SESIÓN **(14 de diciembre 2016)**

- **Caldeamiento**

Pieza Musical:

En la primera parte de manera aleatoria el disco "Essential Piano"
En la segunda parte Final (Baba Nia). WizKid

Primera parte: Motivación para la sesión.

Segunda parte: Movimiento alrededor de la sala dando diferentes instrucciones para fomentar la integración del grupo.

- **Primer Ejercicio. Escuchar y responder a la música.**

Pieza Musical: Concierto de Aranjuez 2do Movimiento. Joaquín Rodrigo

- Enfocado a ayudar a los pacientes a que sean más conscientes de sus pensamientos y sentimientos.
- Desbloquear las tensiones neuromusculares.
- Ayudar a regular el movimiento corporal de forma intencional.
- Seguir el ritmo de la música.
- Desarrollar la atención y la concentración.
- Seguir dos o más instrucciones.

- **Segundo Ejercicio. Dramatizar una situación.**

Pieza Musical: 1era vez: Beethoven. Sinfonía 7 en A mayor, Op. 92: II. Allegretto
2da vez: Herp Albert & Hugh Masekela. Shame The Devil.

- Trabajar la expresión corporal.
- Ser capaz de representar una situación ficticia.
- Perder el miedo escénico.
- Favorecer el conocimiento de los miembros del grupo.
- Mejorar la expresión de sentimientos y actitudes.

Por persona, por parejas o en grupo se escenifican situaciones, por ejemplo:

- vas por la calle y de pronto se va la luz, tienes miedo, sale una persona, saca una navaja, te quiere quitar el dinero y sales corriendo.
- Sales de casa cerrando la puerta, te encuentras con un amigo, ríes, entras en una cafetería, se sientan a tomar café y refrescos, piden la cuenta al camarero y se despiden.

Se ayudará a los miembros del grupo con más dificultades a escenificar las situaciones, prestándoles todos los ejemplos necesarios para que les sea más fácil ponerse en situación. Asimismo, si las situaciones propuestas resultan muy complejas, se plantearán otras más sencillas.

Se elegirá la misma escena para ser representada 2 veces cada una con una pieza distinta. La primera vez Down-Tempo y la segunda Up-Tempo.

- **Despedida.**

Pieza Musical: El disco "Essential Piano" de manera aleatoria.

- Desarrollar actitudes de colaboración.
- En este caso específico la realización de escalas.
- Preparase para abandonar la sala.

CUARTA SESIÓN (28 de diciembre 2016)

- **Caldeamiento**

Pieza Musical:

En la primera parte de manera aleatoria el disco “Essential Piano”

En la segunda parte Sweet Home Chicago Steve Miller Band

Primera parte: Motivación para la sesión.

Segunda parte: Movimiento alrededor de la sala dando diferentes instrucciones para fomentar la integración del grupo.

- **Primer Ejercicio. “Nos relajamos”**

Pieza Musical: Ennio Morricone. Gabriel's Oboe

- Eliminar tensiones musculares
- Favorecer la atención.
- Preparar el cuerpo para actividades posteriores.

Sentados de manera cómoda con los ojos cerrados y con la música de fondo vamos escuchando y concentrándonos. El terapeuta guía al grupo con ejercicios de relajación, respiración e imaginación. Es importante utilizar voz pausada, relajada y tranquila, cuidando la entonación y los silencios, haciendo especial hincapié en las frases que hacen referencia a un estado de bienestar. Finalmente, poco a poco irán abriendo los ojos. Podemos utilizar una historia o ejercicios de respiración.

- **Segundo Ejercicio. Música y movimiento. “Soy un instrumento”**

Pieza Musical: When I'm Sixty Four. The Beatles

- Regular el movimiento corporal de forma intencional y guiada.
- Mover las partes del cuerpo que intervienen al tocar diferentes instrumentos.
- Familiarizarles con el sonido de distintos instrumentos.
- Adecuar los movimientos al ritmo de la música.

- **Tercer Ejercicio. Música con otras artes expresivas.**

Pieza Musical: Neil Young. Helpless.

- Se les pide que mientras escuchan la canción escriban lo que venga a su mente en una hoja en blanco. Puede tener estructura o simplemente ser palabras. Posteriormente leemos la letra traducida de la canción y comparamos lo que la canción nos generó y lo que la letra quiere decir.

Hay una ciudad en el norte de Ontario
con sueños, comodidades y recuerdos disponibles.

Y en mi mente aún necesito un sitio adonde ir,
todas mis oportunidades estaban allí.

Azules, ventanas azules tras las estrellas,
la luna amarilla que asciende,
grandes pájaros volando por el cielo,
lanzándonos sombras a nuestros ojos.
Nos dejan...

Indefenso, indefenso, indefenso
Cariño, ¿puedes oírme?
Las cadenas están cerradas y atadas a la puerta.
Cariño, canta conmigo de alguna manera.

Azules, ventanas azules tras las estrellas,
la luna amarilla que asciende,
grandes pájaros volando por el cielo,
lanzándonos sombras a nuestros ojos.
Nos dejan...

Indefenso, Indefenso, Indefenso

- **Despedida.**

Pieza Musical: El disco "Essential Piano" de manera aleatoria.

- Desarrollar actitudes de colaboración.
- En este caso específico la realización de escalas.
- Prepararse para abandonar la sala.

QUINTA SESIÓN (4 de enero 2017)

- **Caldeamiento**

Pieza Musical:

En la primera parte de manera aleatoria el disco “Essential Piano”
En la segunda parte Rag Mama Rag. The Band.

Primera parte: Motivación para la sesión.

Segunda parte: Movimiento alrededor de la sala dando diferentes instrucciones para fomentar la integración del grupo.

- **Primer Ejercicio. Viaje Musical.**

Pieza Musical: Raga Jaunpuri. Jonathan Mayer

A través de una pieza musical prácticamente estereotípica de una región o país, hacemos el ejercicio de sentirnos en dicha región y cómo nos imaginamos que es estar ahí.

- **Segundo Ejercicio Bailamos.**

Pieza Musical: Bang The Drums All Day. Todd Rundgren

El objetivo aquí es divertirnos con la música. Se logrará trabajar la coordinación de movimientos, fomentar la cooperación, trabajar la relación del yo con el otro, implicarles en la realidad del otro, aumentar el protagonismo de cada persona y conocer y respetar las preferencias de cada miembro del grupo.

- **Tercer Ejercicio. Escuchar y responder a la música.**

Pieza Musical: Canon en D Mayor. Pachelbel

- Enfocado a ayudar a los pacientes a que sean más conscientes de sus pensamientos y sentimientos.
- Desbloquear las tensiones neuromusculares.
- Ayudar a regular el movimiento corporal de forma intencional.
- Seguir el ritmo de la música.
- Desarrollar la atención y la concentración.
- Seguir dos o más instrucciones.

- **Despedida.**

Pieza Musical: El disco “Essential Piano” de manera aleatoria.

- Desarrollar actitudes de colaboración.
- En este caso específico la realización de escalas.
- Prepararse para abandonar la sala.

SEXTA SESIÓN **(18 de enero 2017)**

- **Caldeamiento**

Pieza Musical:

En la primera parte de manera aleatoria el disco “Essential Piano”
En la segunda parte When It All Began. The Relaxing Lifestyle Band.

Primera parte: Motivación para la sesión.

Segunda parte: Movimiento alrededor de la sala dando diferentes instrucciones para fomentar la integración del grupo.

- **Primer ejercicio: Hacemos música con nuestro cuerpo**

Pieza Musical: Nigeria Ritmos Tradicionales. Estudios Talkback

OBJETIVOS:

Experimentar las posibilidades sonoras de nuestro cuerpo.

Desarrollar la escucha y expectativa mantenidas.

Potenciar la libre expresión sonora de la vivencia corporal de la música.

Experimentar sensaciones de autocontrol y autoeficacia.

Desarrollar la creatividad.

Se divide a los participantes en grupos y se les explica que van a participar haciendo música con su cuerpo. Para ello, ponemos una música a un volumen bajo, y cada grupo acompaña la pieza musical completa con percusiones corporales: palmas, chasquidos, palmas en las rodillas, pisadas, golpes en el pecho, etc. Apoyamos a los que presenten más dificultades a realizar los distintos sonidos corporales, guiando las partes implicadas de su cuerpo.

- **Segundo ejercicio: “Nos relajamos y nos visualizamos”**

Pieza Musical:

Cierra los ojos e imagina tu cuerpo. Responde las siguientes preguntas:

1. **¿Qué hay arriba de ti que te apoya, te cuida?** Algo superior a ti en quien te puedes refugiar: Dios, el universo, la vida, la humanidad, la naturaleza, etc. Todas las cosas que consideras que te pueden hacer sentir protegido.
2. **¿Qué hay debajo de ti?** Tus raíces, lo que te brinda apoyo y te sostiene.
3. **¿Qué hay detrás de ti?** Tus antepasados, la gente que te cuidó en el pasado, las experiencias de vida que has tenido desde la infancia y que te han generado aprendizajes significativos, todas las decisiones que han hecho que tú seas la persona que hoy eres.
4. **¿Qué o quienes están a tu lado?** Familia, amigos, pareja, compañeros, colegas, la humanidad entera, todos aquellos que te resulten significativos y te apoyen desde el mismo nivel donde estás tú.

5. **¿Qué hay frente a ti?** ¿Cuál es la dirección en la que quieres caminar? ¿Hacia dónde quieres ir? ¿Qué es lo que más te motiva? ¿Cuáles son tus metas y objetivos principales? ¿Cuál es tu visión del futuro ideal?

Ahora imagina una esfera **alrededor de tu cuerpo que abarque todas las respuestas que acabas de dar. Todo cabe dentro de ella.**

Piensa en los colores que puede tener esa esfera, la luz que entra en ella. Este es un lugar seguro, TU lugar seguro. Cada lugar está protegido por lo que te imaginaste.

Cuando te sientas inseguro, ansioso o con miedo, cuando te vivas impotente, frustrado, enojado, confundido, puedes encontrar ese lugar seguro, esa esfera, visualiza cada uno de los puntos (arriba, abajo, los lados, detrás, adelante) y los elementos que los constituyen, respirando de manera relajada y profunda hasta que encuentres la calma, percibas las posibilidades o encuentres las respuestas que buscas.

- **Despedida.**

Pieza Musical: El disco “Essential Piano” de manera aleatoria.

- Desarrollar actitudes de colaboración.
- En este caso específico la realización de escalas.
- Preparase para abandonar la sala.

SÉPTIMA SESIÓN (25 de enero 2017)

- **Caldeamiento**

Pieza Musical:

En la primera parte de manera aleatoria el disco “Essential Piano”
En la segunda parte The Weight Diana Ross & The Supremes

Primera parte: Motivación para la sesión.

Segunda parte: Movimiento alrededor de la sala dando diferentes instrucciones para fomentar la integración del grupo.

- **Primer Ejercicio. Escuchar y responder a la música.**

Pieza Musical:

Desperado The Eagles

- Enfocado a ayudar a los pacientes a que sean más conscientes de sus pensamientos y sentimientos.
- Desbloquear las tensiones neuromusculares.
- Ayudar a regular el movimiento corporal de forma intencional.

- **Segundo Ejercicio. Escucha Empática.**

Pieza Musical:

Alguien ha traído una pieza musical que le es significativa (en ésta primera sesión es el terapeuta). Todos en el grupo las escuchamos y posteriormente compartimos por qué es significativa dicha canción para quién la trajo. Posteriormente todos participan diciendo su sentir con respecto a las canciones escuchadas.

- **Despedida.**

Pieza Musical:

Aleatoria el disco “Essential Piano”

- Desarrollar actitudes de colaboración.
- En este caso específico la realización de escalas.
- Preparase para abandonar la sala.

OCTAVA SESIÓN (1 de febrero 2017)

- **Caldeamiento**

Pieza Musical:

En la primera parte de manera aleatoria el disco "Essential Piano"

En la segunda parte Duncan Dhu. Jardín de Rosas

Primera parte: Motivación para la sesión.

Segunda parte: Movimiento alrededor de la sala dando diferentes instrucciones para fomentar la integración del grupo.

- **Primer Ejercicio. Escuchar y responder a la música.**

Pieza Musical: A La Orilla de La Chimenea. Joaquín Sabina

- Enfocado a ayudar a los pacientes a que sean más conscientes de sus pensamientos y sentimientos.
- Desbloquear las tensiones neuromusculares.
- Ayudar a regular el movimiento corporal de forma intencional.

- **Segundo Ejercicio. Escucha Empática.**

Pieza Musical:

Alguien ha traído una pieza musical que le es significativa (en ésta primera sesión es el terapeuta). Todos en el grupo las escuchamos y posteriormente compartimos por qué es significativa dicha canción para quién la trajo. Posteriormente todos participan diciendo su sentir con respecto a las canciones escuchadas.

- **Tercer Ejercicio. "Nos relajamos"**

Pieza Musical: Intermezzo. Manuel M. Ponce

- Eliminar tensiones musculares
- Favorecer la atención.
- Preparar el cuerpo para actividades posteriores.

- **Despedida.**

Pieza Musical:

Aleatoria el disco "Essential Piano"

- Desarrollar actitudes de colaboración.
- En este caso específico la realización de escalas.
- Prepararse para abandonar la sala.

NOVENA SESIÓN (8 de febrero 2017)

- **Caldeamiento**

Pieza Musical:

En la primera parte de manera aleatoria el disco “Essential Piano”

En la segunda parte: Sticks and Stones. Joe Cocker

- **Primer Ejercicio: “Nos relajamos”**

Pieza Musical:

Adagio en G menor para Albinoni. Remo Giazotto.

- Eliminar tensiones musculares
- Favorecer la atención.
- Preparar el cuerpo para actividades posteriores.

La idea es que presentemos el mismo ejercicio que en la sesión de valoración para que los miembros del grupo perciban los cambios o modificaciones que pudieran presentarse en la evolución de la terapia.

- **Segundo Ejercicio: Escucha Empática.**

Alguien ha traído una pieza musical que le es significativa (en ésta primera sesión es el terapeuta). Todos en el grupo las escuchamos y posteriormente compartimos por qué es significativa dicha canción para quién la trajo. Posteriormente todos participan diciendo su sentir con respecto a las canciones escuchadas.

- **Tercer Ejercicio: Bailamos.**

Pieza Musical: Batucada Brasileira

El objetivo aquí es divertirnos con la música. Se logrará trabajar la coordinación de movimientos, fomentar la cooperación, trabajar la relación del yo con el otro, implicarles en la realidad del otro, aumentar el protagonismo de cada persona y conocer y respetar las preferencias de cada miembro del grupo.

- **Despedida.**

Pieza Musical:

Sonata para Arpeggione y Piano en A menor. Adagio. Rostropovich.

- Desarrollar actitudes de colaboración.
- En este caso específico la realización de escalas.
- Prepararse para abandonar la sala.

**DÉCIMA SESIÓN
ÚLTIMA SESIÓN
(15 de febrero 2017)**

- **Caldeamiento**

Pieza Musical:

En la primera parte de manera aleatoria el disco “Essential Piano”
En la segunda parte: Three Little Birds. Bob Marley.

- **Primer Ejercicio: “Nos relajamos”**

Pieza Musical:

Homeless. Paul Simon

- Eliminar tensiones musculares
- Favorecer la atención.
- Preparar el cuerpo para actividades posteriores.

La idea es que presentemos el mismo ejercicio que en la sesión de valoración para que los miembros del grupo perciban los cambios o modificaciones que pudieran presentarse en la evolución de la terapia.

- **Cierre: “Despedida”**

- Recordar lo que hemos hecho a lo largo de las sesiones.
- Obtener información acerca de sus preferencias.
- Trabajar la expresión oral.
- Recoger información acerca de cuáles han sido sus actividades favoritas y las que menos les han gustado.

Ya se ha trabajado en sesiones previas sobre el final de la sesión y explicamos que nos gustaría recordar con ellos, que es lo que se ha hecho durante las mismas, de forma general. Asimismo, vamos indagando sobre sus gustos y preferencias, algunas preguntas podrían ser las siguientes:

- ¿Les han gustado las actividades?
- Recuérdenos alguna de las actividades que se han desarrollado durante estas sesiones.
- ¿Qué actividades les han gustado más? ¿Por qué?
- ¿Cuáles han sido las que menos les ha gustado? ¿Por qué?
- ¿Qué han aprendido?
- ¿Les gustaría volver a participar en próximas sesiones?