



Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA  
“San Vicente Mártir”

**ESTUDIO DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN CON  
UNA ADAPTACIÓN GRUPAL DEL MÉTODO DE  
MUSICOTERAPIA BMGIM EN PACIENTES CON  
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL  
(ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA)**

TESIS DOCTORAL

Presentado por:

**D. VICENTE ALEJANDRO MARCH LUJÁN**

Directores:

**Dr. JOSÉ ENRIQUE DE LA RUBIA ORTÍ**

**Dr. VICENTE JAVIER PRADO GASCÓ**





Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

**Dr. D. José Enrique de la Rubia Ortí**, Profesor Agregado Doctor,  
Departamento de Ciencias Médicas Básicas, Universidad Católica de Valencia.

**Dr. D. Vicente Javier Prado Gascó**, Profesor Ayudante Doctor, Departamento  
Psicología Social, Universidad de Valencia.

CERTIFICAN:

Que la presente tesis doctoral titulada “ESTUDIO DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN CON UNA ADAPTACIÓN GRUPAL DEL MÉTODO DE MUSICOTERAPIA BMGIM EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA)” ha sido realizada por D. VICENTE ALEJANDRO MARCH LUJÁN bajo nuestra dirección, en el Programa de Doctorado “Investigación y Desarrollo” para la obtención del título de Doctor por la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

Para que así conste a los efectos legales oportunos, se presenta esta tesis doctoral y se extiende la presente certificación en Valencia, a 10 de julio de 2017.

Fdo.: Dr. D. José Enrique de la Rubia Ortí

Fdo.: Dr. D. Vicente Javier Prado Gascó



*“La música expresa lo que no puede ser dicho  
y aquello sobre lo que es imposible permanecer en silencio”*

*Víctor Hugo*



# AGRADECIMIENTOS

---

Quiero mostrar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que me han ayudado de manera directa o indirecta para que este trabajo se haya completado, especialmente a:

- A mis directores de tesis, José Enrique de la Rubia y Vicente Javier Prado, por su dedicación, implicación y constante apoyo a lo largo de todo el proceso.
- A Juan Antonio Tuset y a su hija y amiga, Laura Tuset, por ser el primer enlace y ayudarme a acceder al hospital.
- Al Dr. José María Huguet y su equipo, en especial a la enfermera María Capilla.
- Al Dr. Xavi Cortés y su equipo, en especial a la enfermera Pepi Rodríguez.
- A la directora del Hospital General Universitario de Valencia y presidenta de la Sociedad Valenciana de Patología Digestiva, la Dra. Pilar Canelles, por su interés y facilitación para el desarrollo de este estudio.
- A la Sociedad Valenciana de Patología Digestiva y a la Fundación del Hospital General Universitario de Valencia, por las ayudas económicas concedidas al proyecto.
- A Decanato de Magisterio y Psicología de la UCV, por haberme facilitado la flexibilidad en mi trabajo en momentos cruciales en el proceso de confección de la tesis.
- A mi familia, y en especial a Encar, por su amor y apoyo incondicionales, y por producirse el depósito de la tesis en un momento tan especial.
- A los amigos y compañeros musicoterapeutas, por su ánimo y empuje.
- A las personas que participaron como pacientes en el grupo control, por contribuir desinteresadamente al acervo científico.
- Y por encima de todo, a las personas que participaron como pacientes en el grupo experimental, por haberse abierto a esta experiencia, y habernos ayudado mutuamente.

Gracias.



# RESUMEN

---

El objeto de estudio de esta tesis doctoral ha sido poder analizar el impacto de un tratamiento basado en una adaptación grupal del método de Musicoterapia de Imaginación Guiada con Música (BMGIM), en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Esta enfermedad actualmente tiene una incidencia cada vez mayor en la sociedad, así como una gran repercusión en el sistema sanitario. Es una patología crónica de la que se desconoce su causa, y aunque tiene tratamiento médico-farmacológico paliativo, no existe cura. En este sentido, las terapias complementarias no farmacológicas (entre la que se encuentra la Musicoterapia) están despertando un gran interés científico, pues cada vez la literatura muestra, de un modo más evidente, cómo éste tipo de terapias produce mejoras en el bienestar emocional, calidad de vida y nivel de estrés (que normalmente se presentan alterados en los enfermos de EII y que empeoran su evolución), constituyéndose en un magnífico complemento al tratamiento médico-farmacológico.

Desde esta perspectiva, y tomando como referencia otros trabajos que muestran el beneficio que se consigue con la Musicoterapia en diferentes enfermedades crónicas, en este estudio se aplicó una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, en pacientes con EII (colitis Ulcerosa (CU) y Enfermedad de Crohn (EC)), con el objetivo de analizar el impacto sobre los estados de ánimo, calidad de vida, ansiedad y depresión, y nivel de estrés que presentan estos pacientes.

Este estudio se desarrolló en forma de experimento controlado aleatorizado, con un total de 51 participantes diagnosticados con EII, que se distribuyeron entre un grupo control (constituido por 18 participantes en fase inicial y 17 en fase final, que no recibieron tratamiento musicoterapéutico), y un grupo experimental (formado por 33 participantes en fase inicial y 24 en fase final, que recibieron esta intervención).

Para poder determinar el impacto de la Musicoterapia en estos pacientes, se llevaron a cabo pruebas objetivas a nivel fisiológico; concretamente, la

determinación (mediante la técnica ELISA) del nivel de cortisol (en cabello y saliva) e inmunoglobulina A (IgA) (en saliva), como marcadores biológicos relacionados con el estrés y el estado de bienestar, respectivamente. Además, se realizaron pruebas subjetivas, a través de medidas de heteroinforme (HADS y MOOD) con la finalidad de determinar si el tratamiento realizado con el método de Musicoterapia BMGIM, mejoraba el estado de ánimo y percepción de ansiedad y depresión, de los pacientes con EII. Por otra parte, también se utilizó el cuestionario específico para EII (CCVEII) que determinó la influencia de la Musicoterapia en la calidad de vida.

Tras la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética del hospital, se empezó a desarrollar el estudio, realizando el tratamiento en musicoterapia durante 8 semanas y 8 sesiones (una por semana) con los pacientes con EII del grupo experimental; y a su vez realizando la toma de muestras y cumplimentación de cuestionarios por parte de los pacientes con EII integrantes del grupo control, en sus fases pre y post.

Una vez finalizado el estudio, los resultados mostraron que esta intervención, produjo una mejora estadísticamente significativa en los pacientes con EII (EC y CU), sobre los estados de ánimo tristeza, miedo y enfado, y los aspectos psicopatológicos ansiedad y depresión. En cambio, no tuvo efecto significativo sobre el estado de ánimo felicidad, ni sobre los niveles de estrés a medio plazo (determinado con la cuantificación de cortisol en pelo), ni tampoco en la percepción de la calidad de vida. Por otra parte, se valoró el impacto de una única sesión de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, y los resultados mostraron una disminución estadísticamente significativa en los niveles de estrés agudo determinado mediante la cuantificación de cortisol en saliva de los pacientes con EII (EC y CU), aunque no afectó significativamente al nivel de competencia inmunológica determinada mediante la cuantificación de IgA en saliva, de los pacientes con EII (EC y CU).

Tras el análisis de estos resultados, se puede concluir diciendo que el método de Musicoterapia BMGIM aplicado grupalmente, mejora el estado general de salud de pacientes con EII (EC y CU), siendo esta mejoría significativa en la

mayoría de las variables psicopatológicas analizadas, y en el estrés fisiológico agudo.

*Palabras clave:* Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Musicoterapia, Imaginación Guiada con Música, estrés, ansiedad, depresión, estados de ánimo, calidad de vida.



# ABSTRACT

---

The objective of this doctoral thesis was to analyze the impact of a treatment based on a group adaptation of the Music Therapy method of Guided Imagery & Music (BMGIM) in patients with Inflammatory Bowel Disease (IBD). This disease has currently a growing impact on society, as well as a major repercussion on the health system. It is a chronic pathology whose cause is unknown and although it has palliative medical-pharmacological treatment, no cure exists for it. In this sense, non-pharmacological complementary therapies (among which Music Therapy is found) are arousing a great scientific interest, since literature is showing, in a more evident way, how this type of therapies produce improvements in the emotional well-being, quality of life and level of stress (all of which usually are altered in patients with IBD and worsen their evolution), becoming (therefore) a magnificent complement to medical-pharmacological treatment.

From this perspective, and taking as reference other works showing the benefit that is achieved with music therapy in different chronic diseases, in this study, a group adaptation of the BMGIM Music Therapy method was applied in patients with IBD (ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD)), with the objective of analyzing the impact on mood, quality of life, anxiety and depression, and the level of stress that these patients have.

This study was developed as a randomized controlled trial, with a total of 51 participants diagnosed with IBD, who were distributed among a control group (consisting of 18 participants in the initial phase and 17 in the final phase, who did not receive music therapy treatment), and an experimental group (33 participants in the initial phase and 24 in the final phase, who received this treatment).

In order to determine the impact of Music Therapy in these patients, objective tests were carried out at the physiological level; in particular (through ELISA technique) of the level of cortisol (in hair and saliva) and immunoglobulin A (IgA) (in saliva), as biological markers related to stress and the welfare state, respectively. In addition, subjective tests were performed using a questionnaire

registered by interviewer measurements (HADS and MOOD) to determine if the treatment performed with the BMGIM Music Therapy method improved the mood and perception of anxiety and depression in patients with EII. On the other hand, the specific questionnaire for IBD (CCVEII) was also used to determine the influence of music therapy on quality of life.

After the approval of the project by the Ethics Committee of the hospital, the study was initiated, performing the music therapy treatment for 8 weeks and 8 sessions (one per week) with IBD patients from the experimental group; and at the same time performing the sampling and completion of questionnaires by IBD patients members of the control group, in their pre and post phases.

Once the study was finalized, the results showed that this intervention produced a statistically significant improvement in patients with IBD (CD and UC), over their mood states of sadness, fear and anger, and the psychopathological aspects of anxiety and depression. However, it did not have a significant effect on happiness, nor on medium-term stress levels (determined with the quantification of cortisol in their hair), nor on the perception of quality of life. On the other hand, the impact of a single session of a group adaptation of the BMGIM Music Therapy method was evaluated, and the results showed a statistically significant decrease in the acute stress levels determined by the quantification of cortisol in saliva of patients with IBD (CD and UC), but did not significantly affect the level of immunological competence determined by the quantification of IgA in saliva of patients with IBD (CD and UC).

After analysing these results, it can be concluded that the BMGIM Music Therapy method applied in a group improves the general health of patients with IBD (CD and UC), this improvement being significant in most of the psychopathological variables analysed, and in acute physiological stress.

*Key words:* Inflammatory Bowel Disease, Ulcerative Colitis, Crohn's Disease, Music Therapy, Guided Imagery & Music, stress, anxiety, depression, mood, quality of life.



2.2.8.2.	<u>Estados de ánimo en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)</u> .....	30
2.2.8.3.	<u>Ansiedad y depresión en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII)</u> .....	33
2.2.8.4.	<u>Estrés en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)</u> .....	39
2.2.9.	TRATAMIENTOS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII).....	44
2.2.9.1.	<u>Tratamiento médico-farmacológico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)</u> .....	45
2.2.9.2.	<u>Tratamientos complementarios no farmacológicos de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII): tratamientos psicológicos</u> .....	46

**CAPÍTULO III. LA MUSICOTERAPIA: ASPECTOS TEÓRICOS, MODELOS-MÉTODOS Y APLICACIONES.....51**

3.1.	BREVE REPASO HISTÓRICO DE LA MÚSICA COMO AGENTE TERAPÉUTICO.....	51
3.2.	DEFINICIÓN-GENERALIDADES SOBRE MUSICOTERAPIA.....	60
3.3.	LA MÚSICA.....	62
3.4.	LA TERAPIA.....	63
3.5.	TÉCNICAS, MODELOS Y MÉTODOS EN MUSICOTERAPIA: ASPECTOS GENERALES.....	64
3.5.1.	TÉCNICAS MUSICOTERAPÉUTICAS.....	66
3.5.2.	MÉTODOS Y MODELOS OFICIALES EN MUSICOTERAPIA.....	67
3.5.2.1.	<u>Modelo Benenzon</u> .....	68
3.5.2.2.	<u>Método Psicoanalítico en Musicoterapia</u> .....	69

3.5.2.3.	<u>Método Conductista en Musicoterapia</u> .....	70
3.5.2.4.	<u>Método de Musicoterapia Creativa o método Nordoff-Robbins</u> .....	72
3.5.2.5.	<u>Método de Imaginación Guiada con Música (BMGIM)</u> .....	73
3.6.	EL MÉTODO DE MUSICOTERAPIA DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MUSICA (BMGIM).....	73
3.6.1.	ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL MÉTODO DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM).....	74
3.6.2.	ASPECTOS GENERALES SOBRE EL MÉTODO DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM).....	77
3.6.3.	FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS DEL MÉTODO DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM): AUTORES Y CORRIENTES INFLUYENTES.....	79
3.6.3.1.	<u>Autores psicoanalíticos: Freud, Jung y Leuner</u> ...	80
3.6.3.2.	<u>Autores dentro de la Psicología Humanista-Transpersonal: Grof</u> .....	88
3.6.4.	EL PAPEL DE LA MÚSICA EN EL MÉTODO DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM) .....	91
3.6.4.1.	<u>Música como facilitadora de Estados no ordinarios de conciencia (ENOC)</u> .....	91
3.6.4.2.	<u>Música como co-terapeuta</u> .....	92
3.6.5.	SESIÓN TIPO INDIVIDUAL Y ADAPTACIONES DEL MÉTODO DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM).....	94
3.6.5.1.	<u>Sesión estándar del método de imaginación guiada con música (BMGIM)</u> .....	94

3.6.5.2. <u>Adaptaciones del método de imaginación guiada con música (BMGIM)</u> .....	99
3.6.6. APLICACIONES DEL MÉTODO DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM) EN EL ÁMBITO MÉDICO-SANITARIO.....	101
3.6.7. APLICACIONES DEL MÉTODO DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM) EN ESTRÉS, ESTADO DE ÁNIMO, CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN.....	104
<b>CAPÍTULO IV. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO</b> .....	109
4.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	109
4.2. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO.....	111
<b>CAPÍTULO V. MÉTODO</b> .....	113
5.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y PARTICIPANTES.....	113
5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	117
5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	118
5.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	119
5.2.1. VARIABLES.....	119
5.2.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	120
5.2.2.1. <u>Cuestionarios</u> .....	120
5.2.2.2. <u>Técnica de Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas (ELISA)</u> .....	122
5.3. PROCEDIMIENTO.....	123
5.3.1. REUNIONES INICIALES.....	124
5.3.2. COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.....	124
5.3.3. PROCESO DE SELECCIÓN DE PACIENTES.....	124

5.3.4.	CHARLA INFORMATIVA.....	125
5.3.5.	FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	125
5.3.6.	PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN.....	126
5.3.6.1.	<u>Protocolo de intervención grupo control.....</u>	126
5.3.6.2.	<u>Procedimiento de intervención grupo experimental.....</u>	127
5.4.	ANÁLISIS DE DATOS.....	137
5.5.	ASPECTOS ÉTICOS.....	138
	<b>CAPÍTULO VI. RESULTADOS.....</b>	<b>141</b>
6.1.	RESULTADOS.....	141
6.1.1.	PRINCIPALES DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO.....	141
6.1.2.	COMPARACIÓN INTRAGRUPOS PRE-TEST Y POST-TEST: PRUEBAS T DE STUDENT.....	141
6.1.2.1.	<u>Diferencias de puntuaciones entre el pre-test y el post-test en el grupo de control.....</u>	145
6.1.2.2.	<u>Diferencias de puntuaciones entre el pre-test y el post-test en el grupo experimental.....</u>	152
6.1.3.	ANÁLISIS DE COVARIANZA (ANCOVA).....	159
6.1.3.1.	<u>Diferencias de puntuaciones en el post-test entre grupo de control y experimental del cuestionario MOOD.....</u>	159
6.1.3.2.	<u>Diferencias de puntuaciones en el post-test entre grupo de control y experimental de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).....</u>	166
6.1.3.3.	<u>Diferencias de puntuaciones en el post-test entre grupo de control y experimental en marcadores biológicos.....</u>	170

6.1.3.4. <u>Diferencias de puntuaciones en el post-test entre grupo de control y experimental en el Cuestionario de calidad de vida para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (CCVEII)</u> .....	175
<b>CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN</b> .....	179
7.1. DISCUSIÓN.....	179
7.1.1. Limitaciones del estudio y futuras líneas de trabajo.....	187
7.1.2. Aportaciones del estudio.....	190
7. 8. CONCLUSIONES.....	191
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	193
ANEXOS.....	223
<i>Anexo 1.</i> Resolución-aprobación del comité ético de investigación clínica (CEIC) del Hospital General Universitario de Valencia sobre hoja información al paciente y consentimiento informado.....	225
<i>Anexo 2.</i> Resolución-aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital General Universitario de Valencia, sobre la Hoja de información al paciente y Consentimiento Informado del proyecto Musicoterapia BMGIM en pacientes con EII.....	227
<i>Anexo 3.</i> Hoja de información al paciente para estudio Musicoterapia BMGIM.....	229
<i>Anexo 4.</i> Consentimiento informado facilitado a pacientes para estudio Musicoterapia BMGIM.....	231
<i>Anexo 5.</i> Plantilla del Cuestionario reducido calidad de Vida en Enfermedad Inflamatoria Intestinal (CCVEII-9).....	235
<i>Anexo 6.</i> Plantilla de la Versión española validada del Cuestionario de Estados de Ánimo (MOOD).....	237

*Anexo 7. Plantilla de la Versión española validada de la Anxiety and Depression Scale (HADS) o Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión...239*



## ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1.</i> Estadísticos descriptivos (rangos, medias y desviaciones típicas) y alfa de Cronbach de las dimensiones de la escala BES, la escala y la escala de Tolerancia a la Diversidad. ....	143
<i>Tabla 2.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo de control para la variable tristeza. ....	146
<i>Tabla 3.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo de control para la variable miedo.....	146
<i>Tabla 4.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo de control para la variable enfado.....	147
<i>Tabla 5.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo de control para la variable felicidad.....	147
<i>Tabla 6.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo de control para la variable ansiedad.....	148
<i>Tabla 7.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo de control para la variable depresión.....	149
<i>Tabla 8.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo de control para los niveles de cortisol (cabello) .....	149
<i>Tabla 9.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo de control para los niveles de cortisol (saliva) .....	150
<i>Tabla 10.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo de control para los niveles de IgA.....	151
<i>Tabla 11.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo de control para la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) .....	151
<i>Tabla 12.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable tristeza. ....	152

<i>Tabla 13.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable miedo.....	153
<i>Tabla 14.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable enfado.....	154
<i>Tabla 15.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable felicidad.....	154
<i>Tabla 16.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable ansiedad.....	155
<i>Tabla 17.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable depresión.....	156
<i>Tabla 18.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable cortisol cabello.....	157
<i>Tabla 19.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable cortisol saliva.....	157
<i>Tabla 20.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la IgA.....	158
<i>Tabla 21.</i> Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) .....	159
<i>Tabla 22.</i> Variable dependiente post-tristeza: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo de control y experimental y covariable pre-test tristeza.....	160
<i>Tabla 23.</i> Variable dependiente post-enfado: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo de control y experimental y covariable pre-test enfado.....	162
<i>Tabla 24.</i> Variable dependiente post-miedo: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo de control y experimental y covariable pre-test miedo.....	164
<i>Tabla 25.</i> Variable felicidad: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo de control y experimental y covariable pre-test felicidad.....	165

<i>Tabla 26.</i> Variable dependiente post-ansiedad: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo de control y experimental y covariable pre-test ansiedad. ....	167
<i>Tabla 27.</i> Variable dependiente post-depresión: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo de control y experimental y covariable pre-test depresión.....	169
<i>Tabla 28.</i> Variable dependiente post-cortisol: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo de control y experimental y covariable pre-test cortisol en el cabello.....	171
<i>Tabla 29.</i> Variable dependiente post-cortisol: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo de control y experimental y covariable pre-test cortisol en la saliva.....	172
<i>Tabla 30.</i> Variable dependiente post-cortisol: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo de control y experimental y covariable pre-test IgA.....	174
<i>Tabla 31.</i> Variable dependiente post-cortisol: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo de control y experimental y covariable pre-test CCVEII.....	176



## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Clasificación de EC según categorías de la Clasificación de Montreal.....	12
<i>Figura 2.</i> Clasificación de Montreal de la CU según gravedad. ....	14
<i>Figura 3.</i> Patogenia de la enfermedad inflamatoria intestinal. Relación entre los mecanismos de susceptibilidad genética y factores ambientales.....	16
<i>Figura 4.</i> Índice de Harvey Bradshaw. ....	18
<i>Figura 5.</i> Índice de Mayo. ....	19
<i>Figura 6.</i> Esquema sobre los síntomas intestinales asociados a la EII.....	21
<i>Figura 7.</i> Esquema sobre síntomas frecuentes asociados a la EII.....	22
<i>Figura 8.</i> Esquema sobre MEI en la EII. ....	23
<i>Figura 9.</i> Estructura química de las IgA. ....	30
<i>Figura 10.</i> Estructura química de la hormona cortisol. ....	43
<i>Figura 11.</i> La transdisciplina de la Musicoterapia, disciplinas relacionadas con la música y la terapia.....	62
<i>Figura 12.</i> Sistema psíquico humano, comparando la concepción Freudiana con la concepción Benenzoniana. ....	69
<i>Figura 13.</i> Distribución porcentual de la muestra según el sexo.....	114
<i>Figura 14.</i> Distribución porcentual de la muestra según el grupo al que pertenecían los pacientes con EII.....	114
<i>Figura 15.</i> Distribución porcentual de la muestra según intervención quirúrgica.....	115
<i>Figura 16.</i> Puntuaciones pre-test y post-test grupo de control y experimental en tristeza.....	161

<i>Figura 17.</i> Puntuaciones pre-test y post-test grupo de control y experimental en enfado.....	163
<i>Figura 18.</i> Puntuaciones pre-test y post-test grupo de control y experimental en miedo.....	164
<i>Figura 19.</i> Puntuaciones pre-test y post-test grupo de control y experimental en felicidad.....	166
<i>Figura 20.</i> Puntuaciones pre-test y post-test grupo de control y experimental en ansiedad.....	168
<i>Figura 21.</i> Puntuaciones pre-test y post-test grupo de control y experimental en depresión.....	170
<i>Figura 22.</i> Puntuaciones pre-test y post-test grupo de control y experimental en cortisol cabello.....	171
<i>Figura 23.</i> Puntuaciones pre-test y post-test grupo de control y experimental en cortisol saliva.....	173
<i>Figura 24.</i> Puntuaciones pre-test y post-test grupo de control y experimental en IgA.....	175
<i>Figura 25.</i> Puntuaciones pre-test y post-test grupo de control y experimental en calidad de vida de los pacientes con EII.....	177

# RELACIÓN DE ABREVIATURAS

---

ADISEN: Asociación Nacional de Addison y otras enfermedades endocrinas

ANCOVA: análisis de covarianza

BDI: Inventario de Depresión de Beck

BMGIM: *Bonny Method of Guided Imagery & Music* (Método Bonny de Imaginación Guiada con Música, en castellano)

BOE: Boletín Oficial del Estado

CCVEII-9: Cuestionario reducido sobre calidad de vida en Enfermedad Inflamatoria Intestinal

CE: Conclusión específica

CI: Colitis indeterminada

CP: Conclusión principal

CU: Colitis Ulcerosa

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

DRAE: Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española

EC: Enfermedad de Crohn

ECA's: estudios controlados aleatorizados

EE.AA.: Efectos Adversos

EE.UU.: Estados Unidos de América

EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal

ELISA: Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas

ENOC: Estado no Ordinario de Conciencia

FEAMT: Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia

GIM: *Guided Imagery & Music* (o BMGIM)

GrpMI: Música e Imagen grupal

HADS: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

HE: Hipótesis específica

HHS: United States Department of Health & Human Services

HP: Hipótesis principal

HPA: Eje hipotálamo-pituitario-adrenal

HSCL-90-R: *Hopkins Symptom Checklist-90-Revised*

IAG: Imaginación Afectiva Guiada

IBDQ: Inflammatory Bowel Disease Questionnaire

IgA: Inmunoglobulina A

IgA-s: Inmunoglobulina A Salival

IgD: Inmunoglobulina D

IgE: Inmunoglobulina E

IgG: Inmunoglobulina G

IgM: Inmunoglobulina M

ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina

MEI: Manifestaciones Extraintestinales

NE: nutrición enteral

NP: nutrición parenteral

OE: Objetivo específico

OMS: Organización Mundial de la Salud

OP: Objetivo principal

p.: página

párr.: párrafo

párrs.: párrafos

PITT: *Psychodynamic Imaginative Trauma Therapy*

POMS: *Profile of Mood States* o Perfil de los estados de ánimo

pp.: páginas

RAE: Real Academia de la Lengua Española

s.f.: sin fecha

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

TEPT: Trastorno por estrés postraumático

USAL: Universidad de Salamanca

WFMT: *World Federation of Music Therapy* (Federación Mundial de Musicoterapia)

WHO: *World Health Organization* (Organización Mundial de la Salud)

WMA: *World Medical Association* (Asociación Mundial Médica)



# CAPÍTULO I

---

## INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

### 1.1. INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

Entre las enfermedades digestivas se encuentra la Enfermedad Inflamatoria intestinal (EII), que según el Centro Investigación de Ciencias de la Salud de Ernst & Young Global Limited EY (2016), ha adquirido en los últimos años especial relevancia en los países del denominado “primer mundo”, debido mayormente al aumento de personas afectadas. El hecho de que cada vez sufran más personas, parece estar íntimamente relacionado con el desarrollo económico y sanitario de los países, estando presente principalmente en los países desarrollados (De la Coba y Saro, 2013).

Dentro de la EII destacan las afectaciones intestinales Colitis Ulcerosa (CU) y Enfermedad de Crohn (EC), que son muy similares en cuanto a síntomas, factores de riesgo y tratamiento, diferenciándose principalmente en la zona del aparato digestivo donde se produce la inflamación: la CU afecta al intestino grueso o colon, y la EC puede actuar en cualquier parte del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano (Centro Investigación de Ciencias de la Salud de Ernst & Young Global Limited EY, 2016).

El principal impacto de estas dos patologías radica en que son las que presentan mayor incidencia y prevalencia en la actualidad, entendiendo como prevalencia el número de pacientes en un lugar concreto y en un tiempo específico, y como incidencia el número de casos nuevos de esa enfermedad que aparecen cada año, tomando en ambos casos como medida de referencia el número de pacientes por cada 100.000 habitantes (Saro, 2013). Concretamente, en cuanto a la prevalencia de EC:

(...) en Europa sigue aumentando, siendo actualmente de 10 a 200 casos por 100.000 habitantes, por lo que se estima que existen 1 millón de personas con enfermedad de Crohn. Las tasas de incidencia han sufrido un notable incremento en todos los países desarrollados, y siguen aumentando en diferentes regiones mundiales. En España, se diagnostican unos 6-9 casos nuevos por cada 100.000 habitantes/año. Y aunque la incidencia puede variar entre diferentes hospitales, regiones y comunidades, si revisamos estudios recientes, poblacionales y prospectivos, no existen grandes diferencias (Saro, 2013, p.15).

Por otra parte, con respecto a la CU, y tomando como referencia los datos españoles obtenidos tras un estudio epidemiológico multicéntrico de Saro (2013) en el que participaron 55 unidades de Gastroenterología (donde se atendieron más de 41.000 pacientes con CU en España), se presentó una tasa de prevalencia de 88,6 por cada 100.000 habitantes. Además en este estudio, se indicó que en el año 2011 la tasa de incidencia de CU en España era de 5,8 casos por cada 100.000 habitantes (Saro, 2013). En la misma línea, en un informe del Departamento de Salud de EE.UU., elaborado por Dahlhamer, Zammitti, Ward, Wheaton y Croft (2016), se calculó que 3,1 millones de adultos estadounidenses (1,3% de la población total) habían tenido diagnóstico de EII. Estas cifras dan cuenta de la importancia que ha adquirido la EII en la sociedad.

Por otra parte, es importante destacar que EII presenta numerosos signos y síntomas que merman la calidad de vida de las personas que la padecen. Tanto la CU como la EC, presentan sintomatología intermitente a lo largo del tiempo, intercalándose períodos de brote (caracterizados por una sintomatología más o menos severa en función del grado de inflamación) con fases de remisión o ausencia de síntomas (Quera y Palma, 2008). En la fase de brote, tanto la EC como la CU comparten ciertas manifestaciones clínicas. De entre los signos y síntomas físicos más comunes destacan: la diarrea, el dolor abdominal, la fatiga y la sensación de evacuación incompleta o tenesmo. Según el Centro Investigación de Ciencias de la Salud de Ernst & Young Global Limited EY (2016), durante las fases de brote, el paciente recibe normalmente

tratamientos específicos que permiten reducir la intensidad de los síntomas hasta hacerlos desaparecer en su gran mayoría.

Sobre los tratamientos de la EII, cabe indicar que existe una amplia variedad, y se realizan de un tipo u otro dependiendo de la gravedad del brote (leve, moderado o grave). En atención a esta gravedad y por orden de menor a mayor complejidad, los tratamientos más habituales que se dan en la EII son los farmacológicos convencionales, las terapias biológicas y la cirugía (López, 2013). Se estima que un 90% de los pacientes con EII requieren de tratamiento farmacológico, el 30% reciben terapias biológicas (siendo la mayor parte pacientes con EC), y hay un alto porcentaje de pacientes con EII que se someten a cirugía. En este último caso, aproximadamente el 70% de los pacientes con EC ha sido intervenido quirúrgicamente, mientras que en CU el porcentaje está en torno al 25% (Centro Investigación de Ciencias de la Salud de Ernst & Young Global Limited EY, 2016).

En los pacientes con EII, se da una serie de elementos que si bien pueden no son los causantes, pueden contribuir a que se sucedan brotes o empeoramiento de la sintomatología, y el estrés puede ser uno de ellos. En este sentido, López (2013) indica que "(...) a veces en periodos de estrés la enfermedad empeora, y también se ve que los pacientes con estas enfermedades tienen algo más de ansiedad y de depresión que otros" (p. 2). De hecho, los pacientes con EII "(...) suelen considerar el estrés como una causa muy importante del origen o empeoramiento de sus síntomas" (Barreiro, 2013, p. 82; Iglesias y Barreiro, 2013, p.80).

Por tanto, el tratamiento de la EII no sólo debería tener como objetivos reducir los signos y síntomas asociados a de la enfermedad desde el punto de vista clínico, endoscópico e incluso histológico, "(...) sino también mejorar la calidad de vida y el grado de discapacidad de los pacientes, a través de una óptima calidad de atención, idealmente multidisciplinaria" (Simian y Quera, 2016, p. 488).

En este sentido, y desde un enfoque biopsicosocial de la enfermedad, en el que se da "(...) una estrecha relación entre los factores biológicos, psicológicos

y sociales en relación con el curso, la expresión clínica, el tratamiento y las recaídas de la enfermedad” (Iglesias y Barreiro, 2013, p.77), en el tratamiento de la EII y sus factores asociados (como el estrés), pueden cobrar relevancia las intervenciones terapéuticas no farmacológicas, que pueden ser un magnífico complemento a los tratamientos médico-farmacológicos más habituales. Entre los tratamientos no farmacológicos complementarios al tratamiento médico en pacientes con EII, existe una amplia variedad, destacando las terapias psicológicas, que pueden tener efectos beneficiosos sobre la actividad de la enfermedad, el estado de ánimo, la calidad de vida y el estrés (Gracie et al., 2017). Para conseguir la mejora de estos aspectos, especialmente en relación a tratar de disminuir el estrés en los pacientes con EII, la terapia psicológica utiliza diferentes abordajes como el actual *Mindfulness* (Berrill, Sadlier, Hood & Green, 2014; Jedel et al., 2014), o Imagenación guiada y entrenamiento en la relajación (Mizrahi et al., 2012).

Precisamente, dentro de este tipo de intervenciones no farmacológicas complementarias, se encuentra también la Musicoterapia, que es llevada a cabo por un profesional especializado, el musicoterapeuta, y que utiliza la música con una finalidad terapéutica (Bruscia, 2007). Concretamente, existe un método de Musicoterapia que utiliza la imaginación guiada y la relajación, añadiendo la música grabada: el Método Bonny de Imagenación Guiada con Música o BMGIM (Bonny y Savary, 1994).

Si bien cabe indicar que la literatura existente sobre la aplicación de este método de Musicoterapia en pacientes con EII es inexistente, existen estudios con resultados exitosos sobre la utilización de BMGIM en el tratamiento del estrés emocional, como el estudio de Beck (2012), que supuso “(...) un tratamiento valioso y eficaz a corto plazo, y puede ser una alternativa a las prácticas de tratamiento establecidas para el estrés crónico” (p.6). Por otra parte, BMGIM se ha utilizado con éxito como tratamiento en otro tipo de enfermedades crónicas, como artritis reumatoide (Jacobi y Eisenberg, 2001) y fibromialgia (Torres, 2015a, 2015b).

Por todo lo expuesto, la investigación llevada a cabo en esta tesis doctoral puede suponer una importante aportación científica. Este estudio se centra en

la aplicación de una adaptación grupal del método de musicoterapia BMGIM en pacientes con EII, como una herramienta que ayude a entender y atender mejor a los pacientes con EII, posibilitando una nueva vía de trabajo asistencial para la mejora de su calidad de vida, ya que la utilización de la música favorece la introspección, imaginación y creatividad de la persona. Además, el autor de esta tesis es un terapeuta formado y entrenado en el método de Musicoterapia BMGIM y con una larga trayectoria en el campo de la Musicoterapia y sus diversas aplicaciones.

Esta tesis presentará una primera parte con un marco teórico amplio, que contendrá: aspectos relacionados con la EII (definición, tipos, factores de riesgo, patogenia, diagnóstico, síntomas y signos, calidad de vida, aspectos psicopatológicos, estrés y tratamientos), aspectos vinculados con la Musicoterapia (breve historia, definición y aspectos conceptuales, técnicas, modelos y métodos) con un apartado especial dedicado al método BMGIM (historia, aspectos generales, fundamentación teórica, el papel de la música, sesión tipo y adaptaciones, y aplicaciones).

A continuación, en una segunda parte, se desarrollarán los aspectos vinculados con el estudio de la tesis: objetivos, hipótesis y aspectos metodológicos. Posteriormente, en una tercera parte se presentarán los resultados del estudio. Y la tesis finalizará con el apartado discusión y conclusiones del trabajo.



### LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

#### 2.1. INFLAMACIÓN

Si revisamos la definición del término salud, hay distintos tipos de enfoques según la fuente consultada. En el Diccionario de la Real Academia (DRAE), encontramos en su primera acepción lo siguiente: “Estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (RAE, 2014). Por su parte, la organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 ya definía la salud como “(...) un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2016). Irremediamente, hablar de salud va de la mano del concepto enfermedad, que el DRAE define en su primera acepción como “alteración más o menos grave de la salud” (RAE, 2014). Otras definiciones, especialmente las que tienen que ver con la disciplina médica, hacen énfasis en lo orgánico, definiendo la enfermedad como “pérdida de salud. Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología en general conocida, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible” (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas Masson, 2004), coincidiendo prácticamente con la definición que ofrece la OMS.

Entre las manifestaciones de la enfermedad, una de los más importantes es la inflamación. Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, en su segunda acepción, se define la inflamación como “alteración patológica en una parte cualquiera del organismo, caracterizada por trastornos de la circulación de la sangre y, frecuentemente, por aumento de calor, enrojecimiento, hinchazón y dolor” (RAE, 2014). Estas cuatro manifestaciones básicas de la inflamación fueron ya descritas en la época de Hipócrates. Posteriormente

Virchow<sup>1</sup> agregó un quinto signo, el denominado como “impotencia funcional del órgano afectado” (Martínez, 2016, p.1).

En líneas generales, la inflamación es un mecanismo básico de supervivencia, una respuesta de carácter protector, que tienen todos los organismos vivos. Este proceso les hace poder liberarse de restos o partes lesionadas, así como de agentes invasores extraños, como pueden ser los microbios. Paradójicamente, la respuesta inflamatoria está íntimamente ligada al proceso de reparación. Con la inflamación, al mismo tiempo que el organismo destruye, atenúa o aísla al agente patógeno, inicia el proceso de cura y reconstrucción del tejido lesionado (Cirión y Herrera, 2005). Esta reparación comienza durante las fases iniciales de la inflamación, pero no termina hasta que se ha neutralizado por completo el estímulo lesivo. De hecho, algunas de las enfermedades humanas implican procesos de inflamación inapropiados, con frecuencia crónica, y de ahí su gran importancia en la práctica clínica de la medicina moderna (Kumar, Abbas, Fausto y Mitchell, 2008).

La inflamación puede ser aguda o crónica, en función de la naturaleza del estímulo y la eficacia de la reacción inicial para eliminar el estímulo o los tejidos lesionados. A continuación veremos sus características diferenciales.

### **2.1.1. INFLAMACIÓN AGUDA**

La inflamación aguda se inicia de forma rápida (en minutos) y dura unas horas o pocos días (Kumar et al., 2008). Supone una respuesta a un agente lesivo, microbios y otras sustancias extrañas. Está diseñada para liberar leucocitos y proteínas plasmáticas en los sitios de lesión. En el foco de la lesión, los leucocitos eliminan a estos agentes invasores y da comienzo el proceso de digerir y deshacerse de los tejidos necróticos. En la inflamación aguda, pueden distinguirse dos componentes principales:

- Cambios vasculares: alteraciones en el calibre vascular que dan lugar a un aumento del flujo sanguíneo (vasodilatación) y a cambios

---

<sup>1</sup>Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902) fue un médico y político alemán. A menudo es considerado "padre de la patología moderna" porque su trabajo ayudó a refutar la antigua creencia de la Teoría Humoral o de los Cuatro Humores.

estructurales que permiten a las proteínas plasmáticas abandonar la circulación (aumento de la permeabilidad vascular).

- Acontecimientos celulares: migración de los leucocitos de la microcirculación y acumulación en el foco de lesión (reclutamiento y activación celulares). Los leucocitos principales en la inflamación aguda son los neutrófilos (leucocitos polimorfonucleares) (Kumar et al., 2008).

En circunstancias favorables, la reacción inflamatoria aguda puede lograr combatir y reparar una lesión, preparando el terreno para la cicatrización. En este sentido, Stevens y Lowe (2001) indican que “(...) la evolución de la reacción dependerá de la eliminación del exudado inflamatorio y de su sustitución por células regeneradas del tipo original (restitución) o por el tejido cicatrizal (reparación fibrosa)” (p.46). Es más, cuando la inflamación aguda consigue eliminar con éxito a los responsables del daño, la reacción desaparece y el organismo vuelve a su estado de salud normal; pero cuando la respuesta no consigue eliminarlos, puede evolucionar a una fase crónica (Kumar et al., 2008).

### **2.1.2. INFLAMACIÓN CRÓNICA**

Cuando un estímulo nocivo persiste en el organismo, no es posible la reparación completa y se produce una inflamación crónica. Esta persistirá hasta que el estímulo lesivo se elimine definitivamente. La inflamación crónica es un equilibrio entre la reparación y la lesión tisular continuo (Stevens y Lowe, 2001). Este tipo de inflamación tiene una duración superior a la aguda, pudiendo oscilar su duración de días a años incluso. Se asocia a la presencia de linfocitos y macrófagos, junto con proliferación vascular y fibrosis (cicatrización) (Kumar et al., 2008).

En el proceso de la inflamación crónica, los linfocitos y los macrófagos son las células que dan respuesta a los agentes invasores causantes de la lesión. Los macrófagos, en este caso, no sólo actúan como células fagocitarias (es decir, eliminando y destruyendo restos celulares), sino que se activan para realizar otras funciones con carácter inmunológico y secretor. De hecho, dado que

linfocitos, células plasmáticas y macrófagos están indefectiblemente en las reacciones inflamatorias crónicas, también se las conoce como células inflamatorias crónicas (Stevens y Lowe, 2001).

Aunque la inflamación crónica puede ser la evolución de un cuadro de inflamación aguda, con frecuencia se inicia de forma insidiosa como una respuesta solapada de baja intensidad, y a menudo asintomática. Cirión y Herrera (2005) apuntan que la inflamación crónica puede observarse en procesos como:

- Infecciones persistentes producidas por ciertos microorganismos (como el bacilo de la tuberculosis, el *treponema pallidum* causante de la sífilis y algunos hongos).
- Exposición prolongada del organismo a agentes potencialmente tóxicos, exógenos y endógenos (por ejemplo, enfermedad de silicosis producida por exposición a partículas exógenas de sílice; o la aterosclerosis, un proceso inflamatorio crónico de la pared arterial inducido, principalmente, por componentes lipídicos plasmáticos endógenos, también con marcado carácter tóxico).
- Autoinmunidad o enfermedades autoinmunitarias. En ciertas afecciones se producen reacciones inmunitarias contra los propios tejidos de la persona que las padece. Aquí, los antígenos propios provocan la reacción inmunitaria que se mantiene a sí misma y que da lugar a varios cuadros inflamatorios crónicos comunes, como la artritis reumatoide o lupus eritematoso.

Es precisamente en este último grupo de enfermedades autoinmunes donde se sitúan ciertas patologías digestivas, entre las que se encuentran las enfermedades inflamatorias localizadas en el intestino, y concretamente la EC y la CU.

## **2.2. LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)**

En este apartado, se realizará una aproximación a la EII, describiendo las características y tipos principales de esta enfermedad, así como detallando la información relativa a su patogenia, factores de riesgo y sintomatología propia. Además, se analizará la relación entre EII y ciertos marcadores bioquímicos relacionados con sistema inmune y estrés, así como la relación entre la EII con aspectos psicopatológicos (como depresión y ansiedad), con la calidad de vida y el estado anímico. Finalmente, este apartado se completa con un repaso a los tratamientos actuales que reciben los pacientes con EII, tanto a los médico-farmacológicos como a los complementarios no farmacológicos.

### **2.2.1. DEFINICIÓN Y TIPOS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)**

El término “Enfermedad Inflamatoria Intestinal” (EII), incluye una amplia variedad en cuanto a maneras de manifestaciones clínicas, pero se podría decir que se caracterizan por los procesos inflamatorios crónicos, de etiología desconocida, y que afecta al intestino en diferentes localizaciones, aunque no siempre de manera exclusiva (Gomollón y Sans, 2012). La cronicidad es una de las características de la EII, e implica una alternancia entre períodos de inactividad o quiescencia (fases de remisión), con periodos de actividad clínica de diferente intensidad que se denominan brotes o recidivas (Mendoza, Lana y Díaz- Rubio, 2007).

Dentro de la EII, se reconocen varias entidades que se engloban dentro de este concepto amplio, que son: CU, EC, colitis inclasificada (CI), colitis microscópica (CM), y reservoritis (Gomollón y Sans, 2012). De todas estas patologías, en los apartados siguientes nos centraremos en la EC y la CU, que son las enfermedades objeto de estudio de la tesis doctoral.

### **2.2.2. ENFERMEDAD DE CROHN (EC) Y SU CLASIFICACIÓN**

Dentro de la EII se ubica la EC. Esta enfermedad puede manifestarse en cualquier parte del tracto digestivo, desde la boca hasta el ano. Se caracteriza por afectar a todo el espesor de la pared del intestino, de forma discontinua,

incluso a varios segmentos distantes entre sí. Es decir, puede haber áreas de intestino preservadas entre las zonas afectadas (Gassull y Mañosa, 2013a).

En la EC, la clasificación fenotípica actualmente utilizada es la Clasificación de Montreal de 2005 (recomendada por la Organización Mundial de Gastroenterología), que tiene en cuenta 3 categorías: edad al diagnóstico (A), localización (L) y patrón evolutivo (B). Cabe reseñar que estas tres categorías no son necesariamente independientes entre sí. Además, el patrón evolutivo de la EC no es estable en el tiempo. Es decir, cuanto mayor sea el tiempo de evolución de la enfermedad, mayor probabilidad de que un patrón inflamatorio evolucione a un patrón estenosante y/o fistulizante (Nos y Clofent, 2011). En la figura que aparece a continuación, se pueden ver estas tres categorías, con las subcategorías y detalle de cada una de ellas:

<b>Edad al diagnóstico</b>	<b>Localización</b>	<b>Patrón evolutivo</b>
A1: ≤ 16 años	L1: ileal	B1: no obstructivo-no fistulizante (inflamatorio)
A2: 17-40 años	L2: cólica	B2: obstructivo (fibrostenosante)
A3: > 40 años	L3: ileocólica	B3: fistulizante
	L4: gastrointestinal alta (esta se añade a cualquiera de las anteriores L si está presente)	Añadir “p” a cualquiera de las anteriores B si existe participación perianal

*Figura 1.* Clasificación de EC según categorías de la Clasificación de Montreal. Adaptado de “Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology”, por Silverberg, M.S., Satsangi, J., Ahmad, T., Arnott, I.D., Bernstein, C.N., Brant, S.R., & Warren, B.F., 2005, *Canadian Journal of Gastroenterology*, 19(Suppl A), p. 7A.

### **2.2.3. COLITIS ULCEROSA (CU) Y SU CLASIFICACIÓN**

La CU se caracteriza por la presencia de úlceras en la mucosa del intestino grueso o colon. La inflamación característica de la CU afecta a la mucosa y capa interna del intestino, a diferencia de EC que afecta todas las capas (Gassull y Mañosa, 2013b).

La CU es una enfermedad inflamatoria crónica cuya causa y evolución son todavía poco conocidas. La lesión se inicia a partir de la zona del recto (aunque sólo excepcionalmente el recto queda exento), pudiendo alcanzar una extensión variable de forma proximal y continua hasta el ciego. El desarrollo de la enfermedad suele darse en forma de brotes (durante los cuales el grado de inflamación aumenta y se agudiza), no siendo previsible la cantidad, la periodicidad y la gravedad de estos. Estos brotes de actividad se siguen (de manera espontánea o inducidos por el tratamiento) de períodos de remisión o inactividad de duración variable (Doménech y Casellas, 2011). Además, es muy importante en la CU conocer la extensión o alcance de la misma, por las implicaciones terapéuticas y pronósticas que de esto se derivan. En consonancia con esto último, y tomando como referente la clasificación de Montreal de la EII de 2005, Doménech y Casellas (2011) refieren que la CU se clasifica en tres grandes grupos en cuanto a extensión y localización:

- Extensa (o colitis universal o pancolitis). Esta se extiende más allá del ángulo esplénico<sup>2</sup>. Conlleva un mayor riesgo de brotes graves, con grandes probabilidades de colectomía<sup>3</sup> a largo plazo.
- Colitis distal o izquierda. Su extensión es distal al ángulo esplénico.
- Proctitis. La extensión de esta forma de CU se reduce a la zona del recto o hasta la unión rectosigmoidea.

De igual manera, tomando como referencia la mentada clasificación de Montreal de la EII de 2005, Silverberg et al. (2005) indican las diferentes categorías en atención al nivel de gravedad de la CU:

---

<sup>2</sup> Ángulo que forman el colon descendente con el colon transversal.

<sup>3</sup> Extirpación quirúrgica o resección de una parte enferma del intestino grueso o colon.

S0) Colitis en remisión (colitis silente): no hay síntomas de la enfermedad.
S1) Colitis leve: 4 o menos deposiciones al día con sangre, sin fiebre, leucocitosis, taquicardia, anemia ni aumento de la VSG.
S2) Colitis moderada: criterios intermedios entre leve y grave, siempre con signos de afección sistémica leves.
S3) Colitis grave: 6 o más deposiciones diarias con sangre, fiebre (> 37,5) o taquicardia (> 90 lat./min) o anemia (Hb < 10,5 g/dl) o aumento de la VSG (> 30 mm/h), a menudo con signos de afección («toxicidad») sistémica grave.

*Figura 2. Clasificación de Montreal de la CU según gravedad. Adaptado de "Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology", por Silverberg, M.S., Satsangi, J., Ahmad, T., Arnott, I.D., Bernstein, C.N., Brant, S.R., & Warren, B.F., 2005, Canadian Journal of Gastroenterology, 19(Suppl A), p. 11A.*

A continuación, se abordará un apartado destinado a explicar la relación de estas manifestaciones de EII con ciertos factores de riesgo.

#### **2.2.4. FACTORES DE RIESGO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)**

Cada vez hay una mayor evidencia científica que indica que diferentes factores ambientales inciden en la aparición de las EII así como en su evolución posterior, siendo algo destacable el hecho de que su influencia, en ocasiones, es totalmente diferente para el caso de la CU y de la EC (Sicilia-Aladrén, Gasull y Gomollón, 2007).

Si bien estos factores ambientales no pueden considerarse los causantes de la EII, parecen guardar una estrecha relación con ella. En este sentido, hay estudios que refieren que altos niveles de higiene y el uso abusivo de medicamentos (tales como antibióticos o fármacos antiinflamatorios no esteroideos), podrían ser factores desencadenantes de una EII (Khor, Gardet & Xavier, 2011; Jostins et al., 2012). De la misma manera, haber tenido número elevado de infecciones previamente contraídas, una dieta pobre en fibra y la ingesta de carne roja y alimentos con grasas poli-saturadas, también podría propiciar la aparición de la EII. En la misma línea, también influyen en el riesgo de aparición de una EII, los factores neuroconductuales, como el estrés y la depresión (Ananthakrishnan, 2013).

Por otro lado, encontramos factores que actúan como protectores para las EII. Parece ser que la apendicetomía (o extracción del apéndice), la lactancia materna y la vitamina D son factores protectores contra la enfermedad. Habría que mencionar el caso particular del tabaco, quedando demostrado que su consumo duplica la probabilidad de contraer EC, mientras que sus efectos son relativamente menos negativos en el caso de la CU (Centro Investigación de Ciencias de la Salud de Ernst & Young Global Limited EY, 2016).

Aunque la EII no es hereditaria, cada vez es mayor el número de estudios que señalan que los pacientes que padecen EC o CU están genéticamente más predispuestos a sufrirlas. En esta línea, se ha demostrado que aumenta la probabilidad de padecer una EII en caso de tener antecedentes familiares de cualquier tipo de EII, llegando hasta un 12,2% en el caso de la EC y a un 8,8% en la CU, respecto al resto de la población. Haciendo una observación más precisa, encontramos que alrededor del 75% de los casos de EII influenciados por factores genéticos se debe al primer grado de parentesco, es decir, se da de padres a hijos (Khor et al., 2011). De la misma manera, otras investigaciones constatan que los gemelos idénticos comparten la CU entre un 20 a 50% de los casos, mientras que para el resto de gemelos no idénticos, el porcentaje disminuye hasta el 10%. En el caso de la CU, este mismo indicador es de un 16% y 4%, respectivamente (Mollet, Andersen, Wohlfahrt & Jess, 2015).

Si bien existen factores de riesgo que pueden incidir en la aparición de una EII, se considera importante dedicar un apartado para esclarecer su origen y desarrollo, tal como se verá en el siguiente punto.

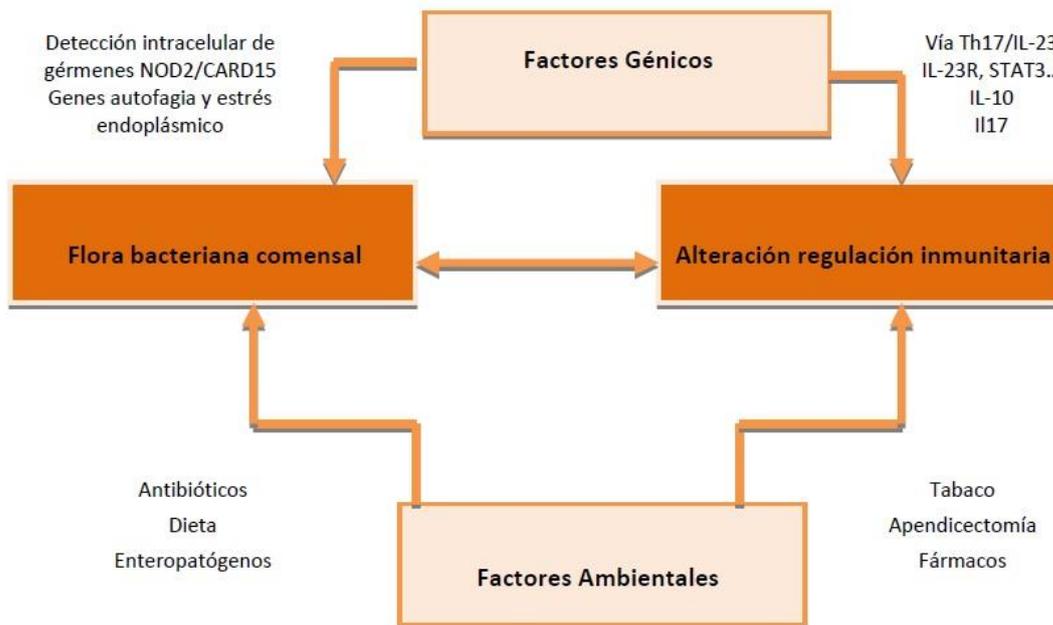
#### **2.2.5. CAUSA ETIOLÓGICA Y PATOGENIA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)**

La patogenia es una rama de la patología que analiza los mecanismos de desarrollo de la enfermedad, investigando la causa en origen o como el agente etiológico llega al organismo y produce daño (Cirión y Herrera, 2005).

Contrariamente a lo que ocurre con otros procesos inflamatorios del tracto digestivo en los que hay una causa etiológica identificable (como los casos de

enterocolitis infecciosas, isquémicas, secundarias a fármacos, a radiación, etc.), en la EII no se conoce su causa o etiología (Mendoza et al., 2007). Actualmente no se ha podido afirmar si el proceso inflamatorio se origina a partir de una bacteria, un virus, algún elemento relacionado con la dieta u otro agente externo (Centro Investigación de Ciencias de la Salud de Ernst & Young Global Limited EY, 2016).

A pesar de ello, Medina (2013) indica que en los últimos años ha habido progresos significativos en el conocimiento de su fisiopatología, produciéndose una respuesta inflamatoria anómala frente a gérmenes de la microbiota intestinal en personas con cierta predisposición genética. Además, determinados factores ambientales (como se ha visto en el apartado anterior), pueden influir en la composición de la flora bacteriana, acelerando y modulando dicha respuesta inmune, como puede apreciarse en la siguiente figura:



*Figura 3.* Patogenia de la enfermedad inflamatoria intestinal. Relación entre los mecanismos de susceptibilidad genética y factores ambientales. Vía de señalización Th17 (T helper17)/IL-23 (interleucina 23). IL-10: interleucina 10; IL-17: interleucina 17; IL-23R: receptor interleucina 23; NOD2/CARD15: nucleotide-binding oligomerization domain protein 2. Caspase recruitment domain family 15; STAT3: signal transducer and activator of transcription 3. Adaptado de "Enfermedad inflamatoria intestinal (I): clasificación, etiología y clínica", por Medina, E., 2013, *Anales de Pediatría continuada*, 11(2), p.61.

En definitiva, la causa etiológica de la EII es desconocida, lo que afecta a la estrategia terapéutica a seguir para su curación. Aun así, su diagnóstico certero es de vital importancia para paliar su sintomatología, y en el siguiente apartado podrán apreciarse los detalles relacionados con el mismo.

#### **2.2.6. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)**

Para el médico, en una primera evaluación de un paciente con posible EII, es importante realizar una buena historia clínica, indagando en los antecedentes personales (si padece alguna enfermedad o toma alguna medicación) y familiares (esta parte es especialmente importante, porque si tiene algún familiar afecto de EII puede facilitar el diagnóstico), y por su clínica: cantidad y consistencia de las deposiciones, presencia o ausencia de moco o sangre en las mismas, dolor abdominal (intensidad, localización, frecuencia y horario del dolor, etc...), presencia de fiebre, dolores articulares o llagas bucales, entre otras cuestiones (Argüelles, 2013a). En esta primera entrevista evaluatoria, se hacen necesarias una adecuada exploración por parte del médico, así como la realización de pruebas complementarias o pruebas diagnósticas para orientar lo mejor posible el diagnóstico (Argüelles, 2013b).

Gracias a los avances que se están produciendo en el conocimiento de la EII y en sus métodos de diagnóstico, cada vez se puede reconocer antes a pacientes con EII y más concretamente la EC, aunque en algunos casos el diagnóstico se demora y el paciente puede estar durante mucho tiempo (incluso años), sin ser diagnosticado, sin duda debido a esta variabilidad y complejidad de la clínica que el paciente puede mostrar (Argüelles, 2013a).

El diagnóstico de la CU y EC se basa en la presencia de un cuadro clínico sugerente, apoyado por alteraciones encontradas en pruebas diagnósticas como la endoscopia, histología, radiología y serología. La presencia de algunos marcadores como anemia, elevaciones de la velocidad de sedimentación, proteína C reactiva, glóbulos blancos y plaquetas, permitirán determinar de manera indirecta el nivel de severidad de la actividad de la EII (Quera y Palma, 2008). En la EII, precisamente, los niveles de actividad en el primer diagnóstico

y durante el desarrollo de la enfermedad, son de un alto valor para el médico gastroenterólogo, pues permiten ajustar el tratamiento para el paciente.

En este sentido, existen varios índices de actividad, aunque los más utilizados (también en los pacientes del estudio que se detallará en este trabajo) son: para la EC, el índice de Harvey Bradshaw; y para la CU, el *Mayo Score* o Índice de Mayo, que toma en cuenta tanto características clínicas como endoscópicas. Estos pueden apreciarse a continuación:

Bienestar General (0 = en general bueno; 1 = leve compromiso; 2 = moderado; 3 = malo; 4 = terrible)
Dolor abdominal (0 = ausente; 1 = leve; 2 = moderado; 3 = severo)
Número de deposiciones blandas o líquidas por día
Masa abdominal (0 = ausente; 1 = cuestionable; 2 = definida)
Complicaciones (1 punto por ítem) Artralgia, uveítis, eritema nodoso, úlceras aftoides, pioderma gangrenoso, fisura anal, fístula nueva, absceso

*Figura 4.* Índice de Harvey Bradshaw. Adaptado de “A simple index of Crohn disease activity”, por Harvey, R.F., & Bradshaw, J.M., 1980, *The Lancet*, 8(1), p.514.

Variable				Puntuación
1. Frecuencia defecatoria				
Normal				0
1-2 dep/día más de lo habitual				1
3-4 dep/día más de lo habitual				2
4 dep/día más de lo habitual				3
2. Sangrado rectal				
Ninguno				0
Hilos hemáticos en menos de la mitad de las deposiciones				1
Sangrado visible en la mayoría de las deposiciones				2
Rectorragias sin heces 3				3
3. Apariencia endoscópica de la mucosa				
Normal				0
Enfermedad leve				1
Enfermedad moderada				2
Enfermedad grave				3
4. Valoración médica				
Normal				0
Leve				1
Moderado				2
Grave				3
Valoración global del índice de Mayo	Síntomas	Endoscopia	Médico	Suma total
Leve	1-3	1	1	3 a 5
Moderado	3-6	1-2	2	6 a 10
Grave	>6	>2	3	> 10

Figura 5. Índice de Mayo. Adaptado de "A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis", por D'Haens, G., Sandborn, W.J., Feagan, B.G., Geboes, K., Hanauer, S.B., Irvine, E.J., ...& Sutherland, L.I.R., 2007, *Gastroenterology*, 132(2), 763-786.

En definitiva, el diagnóstico de la EII viene dado a través de la aplicación de varias pruebas realizadas por el especialista gastroenterólogo, pero también contribuyen a establecerlo de manera certera los síntomas y signos que presenta el paciente, que serán desarrollados en el siguiente punto.

### 2.2.7. SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

Según el Diccionario Médico de la Universidad de Salamanca (USAL, 2017), cuando se habla de síntomas, esto se relaciona con aquellas manifestaciones

subjetivas que un paciente refiere acerca de la percepción sobre sí mismo y que reconoce como anómalas, que pueden ser causadas por un posible estado patológico o una enfermedad. Suelen ser el primer motivo de consulta al médico, dado que generalmente los síntomas están asociados a un cierto malestar, más o menos presente. En ocasiones, el síntoma puede confundirse con el signo, pero en este caso, se refiere a la “manifestación objetiva de una enfermedad o estado que el médico percibe o provoca” (USAL, 2017).

En las EII, las manifestaciones o síntomas más frecuentes son intestinales, y depende de su localización y de la gravedad-intensidad de la enfermedad. Por su parte, los síntomas más frecuentes en la EC son el dolor abdominal y entre los signos, la diarrea. Otros síntomas que también pueden presentarse son los dolores articulares; y entre otros signos habituales, encontramos la rectorragia, pérdida de peso con déficit nutricional, fiebre, y afectación anal, entre otros (Nos y Clofent, 2011). Por otro lado, en la CU el signo más característico es la diarrea con sangre, aunque no siempre está presente. Pueden añadirse otros, como fiebre (especialmente en las formas extensas), el denominado síndrome rectal (tenesmo, urgencia deposicional y esputo rectal de sangre y moco), así como pérdida de peso. La proctitis y proctosigmoiditis (formas distales de CU) pueden cursar con estreñimiento, dando lugar a cuadros de dolor abdominal (localizado en hemiabdomen derecho) que pueden malinterpretarse como brotes de actividad si no se realiza un correcto diagnóstico (Doménech y Casellas, 2011).

A modo de apoyo visual, en las figuras siguientes aparecen detallados los síntomas de las EII, diferenciando los síntomas y signos propios de la EC de los de la CU. En la figura 6, se podrán apreciar los detalles de los síntomas intestinales asociados a la EII:

Síntomas y signos	Enfermedad de Crohn (EC)	Colitis Ulcerosa (CU)
Diarrea (signo)	Es el síntoma más común. Si la EC afecta al colon suele aparecer sangre (40% pacientes), pus o moco (50% pacientes)	Es uno de los síntomas principales. Se relaciona con la gravedad de la enfermedad.
Dolor abdominal (síntoma)	Se da en el 70% de los pacientes. Aparece sobre todo si la EC afecta a íleon terminal o ciego. A veces se alivia tras la defecación	No es muy frecuente, y en caso de darse, generalmente es leve. Suele aliviarse tras la defecación
Rectorragia (signo)	Se da en la mitad de los pacientes con afectación del colon, y en el 25% de pacientes con enfermedad ileo-cólica	Es el síntoma más frecuente
Tenesmo (o urgencia por defecar, con sensación de evacuación incompleta) (signo)	Suele ir acompañado de dolor anal	Frecuente cuando está afectado el recto o la región rectosigmoidea
Masa Abdominal (síntoma)	Se trata de un crecimiento anormal del abdomen, a modo de hinchazón	-
Lesiones anales (signo)	Generalmente en forma de fisuras y úlceras. Se da en el 25-30% de los pacientes	-
Fístulas perianales (signo)	Aparecen en el 10% de los pacientes	-

*Figura 6.* Esquema sobre los síntomas y signos intestinales asociados a la EII. Adaptado de “Todo lo que necesitas saber: colitis ulcerosa”, por Torrejón, A., y Borrueal, N., 2010, p.6; y de “Todo lo que necesitas saber: Enfermedad de Crohn”, por Torrejón, A., Castells. I., y Borrueal, N., 2010, p.7.

A continuación, aparecerán en la siguiente figura otro tipo de síntomas y signos frecuentes, que se dan en gran porcentaje de manera paralela a los síntomas intestinales anteriormente citados:

<b>Síntomas y signos</b>	<b>Enfermedad de Crohn (EC)</b>	<b>Colitis Ulcerosa (CU)</b>
Pérdida de peso (signo)	Afecta al 60% de los pacientes y puede ser muy importante está afectado el intestino delgado	Especialmente en brotes graves, por disminución de la ingesta y pérdida de proteínas
Anemia (signo)	Se produce por pérdida de hierro con los sangrados y/o falta de vitaminas por malabsorción	Por pérdida de hierro con los sangrados
Fiebre (signo)	Se da en ambas, y es producida principalmente a causa de la inflamación intestinal. La fiebre alta puede indicar la presencia de una infección (por ejemplo un absceso)	
Cansancio y fatiga (síntoma)	Es frecuente su presencia en ambas	
Anorexia (signo)	Suele darse en ambas	

*Figura 7.* Esquema sobre síntomas y signos frecuentes asociados a la EII. Adaptado de “Todo lo que necesitas saber: colitis ulcerosa”, por Torrejón, A., y Borrueal, N., 2010, p.6; y de “Todo lo que necesitas saber: Enfermedad de Crohn”, por Torrejón, A., Castells. I., y Borrueal, N., 2010, p.7.

Además, pueden darse síntomas relacionados en su mayor parte con el malestar general, conocidos como Manifestaciones Extraintestinales (MEI), que afectan a un determinado número de pacientes y que sobre todo se localizan en articulaciones, piel, ojos e incluso hígado, detallados a continuación:

<b>MEI</b>	<b>EC</b>	<b>CU (hasta 35%)</b>
Manifestaciones articulares (signos y síntomas juntos)	Puede aparecer espondilitis anquilosante, sacroileítis, artralgias, y artropatías periféricas, (como artralgia o dolores articulares, así como diferentes tipos de artritis (inflamación articular).	Pueden darse: -artropatías periféricas (como artralgia o dolores articulares, así como diferentes tipos de artritis (inflamación de principales articulaciones). Con prevalencia del 4 al 17% de pacientes con CU. -Sacroileítis o inflamación dolorosa zona sacrolilíaca incesante (prevalencia del 25% al 50% de pacientes con CU). -Espondilitis anquilosante, caracterizada por dolor dorso-lumbar persistente y rigidez (prevalencia del 4% al 10% de pacientes con CU).
Manifestaciones dermatológicas (Aparecen en el 15% de los pacientes con EII) (signos)	Puede darse pioderma gangrenoso, eritema nodoso.	Puede aparecer pioderma gangrenoso (entre 6% a 2,1%), eritema nodoso, aftas bucales (en al menos el 10% de los pacientes).
Signos oculares (El 2-5% de los pacientes con EII experimentan manifestaciones oculares)	Puede aparecer inflamación de alguna de las capas del ojo: úvea (uveítis), epiesclerótica (epiescleritis) o conjuntiva (conjuntivitis). Cursan con enrojecimiento del ojo y dolor	Puede darse uveítis principalmente (0,5-3% de los pacientes).
Síntomas y signos hepáticos	Puede darse colangitis esclerosante primaria (o inflamación de los conductos del hígado)	Puede aparecer colangitis esclerosante primaria (solo se da en un 1% de los pacientes)

Figura 8. Esquema sobre MEI en la EII. Adaptado de “Todo lo que necesitas saber: colitis ulcerosa”, por Torrejón, A., y Borrueal, N., 2010, pp.18-19; y de “Todo lo que necesitas saber: Enfermedad de Crohn”, por Torrejón, A., Castells. I., y Borrueal, N., 2010, p.21.

Como se ha descrito, son muchos los síntomas y signos que pueden darse asociados a una EII. En algunos casos, pueden además originarse complicaciones más allá de estas manifestaciones comunes, como puede ser:

- En el caso de la CU, hemorragias masivas, perforación, megacolon tóxico, fenómenos tromboembólicos, estenosis colónica, así como osteoporosis, cáncer, y las llamadas infecciones oportunistas (infecciones creadas por un microorganismo, que no revisten gravedad en personas sanas pero sí cuando se tiene CU) (Torrejón y Borrueal, 2010).
- En la EC, hemorragias, perforación intestinal, megacolon tóxico, enfermedad perianal, abscesos y fístulas internas y externas, estenosis intestinal, así como osteoporosis, cáncer e infecciones oportunistas. (Torrejón, Castells y Borrueal, 2010).

A pesar de la importancia de todas las alteraciones fisiológicas descritas en este apartado, el aspecto emocional que repercute directamente en todos estos signos y síntomas teniendo una influencia psicopatológica, sigue siendo un aspecto poco desarrollado en la literatura de la enfermedad. A continuación abordamos esas variables, objeto de estudio de la tesis.

#### **2.2.8. ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)**

En el terreno de las enfermedades crónicas, el tratamiento médico se centra básicamente en mejorar los síntomas, reducir la morbilidad o descender la mortalidad. Sin embargo, el aspecto emocional no se ha tenido tan en cuenta, y puede tener una gran influencia en el desarrollo y agravamiento de las enfermedades de curso crónico, entre ellas, la EII.

Concretamente, se ha podido constatar que si el paciente con enfermedad crónica tiene una mejor percepción de su calidad de vida, esto repercute de manera beneficiosa en él y en su tratamiento (Casellas, López-Vivancos, Vergara y Malagelada, 1999). En este sentido, ha ido ganando importancia en el campo de la medicina y especialmente en la gastroenterología, el ámbito de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), interés que cada vez tiene

un mayor reflejo en la literatura médica (Masachs, Casellas, y Malagelada, 2007).

#### 2.2.8.1. Calidad de vida en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

La CVRS es definida como “(...) aquella cualidad vital integrada por elementos físicos, sociales y psicológicos de la vida de los pacientes, determinados e influidos por las experiencias, creencias, expectativas del individuo en situación de salud y modificadas por el padecimiento de una enfermedad” (Gili y Bauzá, 2009, p.4). En líneas generales, el concepto de calidad de vida engloba cuestiones que tienen que ver con la percepción subjetiva de un sujeto, de su nivel de bienestar, así como términos relacionados con la presencia o ausencia de indicadores estándar más o menos objetivos de lo que se tiende a considerar como una “buena vida” (Gili y Bauzá, 2009). Este bienestar abarca los planos físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico viene determinado por cuestiones como la actividad funcional, la fuerza o el cansancio, el sueño y el descanso, el dolor y otros síntomas. Por su parte, el bienestar psicológico se relaciona con el miedo, la ansiedad y angustia, la depresión y la cognición. Por otro lado, el bienestar social, tiene que ver con las relaciones, la afectividad y la intimidad, la apariencia física, el ocio, el aislamiento, la ocupación, la situación económica o el sufrimiento familiar. Por último, el bienestar espiritual abarca términos relacionados con la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (Vinaccia y Orozco, 2005).

En los pacientes con EII, son diferentes las variables que dan cuenta de las fluctuaciones de la percepción de la calidad de vida, siendo las más importantes:

- El sexo, siendo las mujeres, en general, las que muestran una peor percepción de la calidad de vida (Bernklev et al., 2005; Gili y Bauzá, 2009; López et al., 2016; Saibeni et al., 2005).

- El tipo de EII, teniendo una peor percepción de la calidad de vida los pacientes con EC que los pacientes con CU (Bernklev et al., 2005; Larsson, Lööf, Rönnblom & Nordin, 2008; López et al., 2016).
- El nivel socioeconómico, donde los pacientes de una clase social baja muestran una peor CVRS. De hecho, los brotes de la enfermedad suelen estar relacionados con cambios en el trabajo y, por ende, en la economía del paciente (Gili y Bauzá, 2009).
- El nivel educativo, encontrándose que los pacientes con un perfil de escasa formación, se correlacionan con una menor CVRS (Gili y Bauzá, 2009).
- Las estrategias de afrontamiento, ya que tenerlas y hacer uso de ellas de manera efectiva, permiten a los pacientes con EII un mejor ajuste a la enfermedad y a una mayor satisfacción, y por tanto, una mayor CVRS (Díaz, Comeche, Mas, Díaz y Vallejo, 2008; Gili y Bauzá, 2009; Lix et al., 2008; Pizzi et al., 2006).
- Los factores dependientes del curso de la enfermedad (entre ellos los brotes), que suelen ser algunos de los condicionantes con una peor repercusión en la CVRS de la EII (Gili y Bauzá, 2009; López et al., 2016; Mittermaier et al., 2004).
- Los factores psicológicos, siendo principalmente la depresión, el estrés y la ansiedad, los que tienen un impacto más negativo sobre la CVRS (Guthrie et al., 2002; Lix et al., 2008; Tobón, Vinaccia, Quiceno, Sandín y Nuñez-Rojas, 2007).

En cuanto a los trabajos publicados, son varios los estudios que relacionan la calidad de vida con la EII. En este sentido, el estudio realizado por Haapamäki et al. (2010) pudo constatar que pacientes con EII presentaron una calidad significativamente menor que la población en general. Asimismo, en el estudio de Gili y Bauzá (2009), la EII manifestó tener un impacto negativo en la salud (relacionado con la CVRS) de estos pacientes, sobre todo cuando la enfermedad estaba activa, en cuyo caso se da una relación inversa entre calidad de vida y actividad.

Viendo la influencia de la calidad de vida en la EII, es importante su determinación. La evaluación de la calidad de vida de los enfermos de EII se puede tratar desde dos ámbitos diferentes, uno a nivel de percepción del propio paciente sobre su estado de salud emocional, y otro a nivel fisiológico con la medida y cuantificación de diferentes marcadores. A continuación abordamos ambos tipos de valoración.

- Evaluación de la percepción de calidad de vida en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

Precisamente, poder evaluar la CVRS de manera cuantitativa y fiable es un aspecto especialmente importante a tomar en cuenta tanto en la investigación aplicada en salud, como en el manejo terapéutico del paciente (López et al., 2016). En este sentido, para evaluar la CVRS se utilizan diferentes instrumentos de medida, que pueden ser genéricos o específicos.

En el caso de los cuestionarios genéricos, tienen como objetivo principal evaluar la CVRS tanto en la población general como en grupos específicos de pacientes, teniendo como principal ventaja que se puede comparar la CVRS de pacientes con diferentes enfermedades, aunque perdiendo especificidad en el valor de CVRS para cada una de las enfermedades comparadas (Gili y Bauza, 2009).

En cambio, los cuestionarios específicos de calidad de vida son diseñados tomando en cuenta las particularidades de un grupo de población o una patología específica, con preguntas enfocadas a los problemas o preocupaciones propias de una enfermedad, permitiéndonos valorar una muestra específica dentro de la población de enfermos (por ejemplo, varones), o la influencia de un fármaco utilizado específicamente en el tratamiento de esta enfermedad. La principal ventaja respecto a los instrumentos genéricos es su alta especificidad, aunque no permiten comparar la repercusión en la calidad de vida de dos enfermedades distintas, puesto que se trataría de dos instrumentos de medida diferentes. Los cuestionarios específicos más utilizados en patologías digestivas con adultos son: *Rating Form IBD patients concerns*, *Cleveland Clinic IBD Scale*, y el *Inflammatory Bowel Disease*

*Questionnaire* (IBDQ) (Gili y Bauza, 2009). A continuación, se detallarán cada uno de ellos, explicando cual ha sido utilizado en el estudio posterior presnetado en esta tesis, y cuales han sido descartados y sus motivos.

En primer lugar, tenemos el *Rating Form of IBD Patient Concerns* (RFIPC), que fue creado por Drossman, Patrick, Mitchell, Zagami & Appelbaum (1989). Se trata de un cuestionario específico para EII que mide la intensidad de preocupación de los pacientes en diferentes aspectos. Está conformado por 25 ítems y 4 subescalas que agrupan el impacto de la enfermedad, relaciones sexuales, complicaciones de la patología y estigmas corporales. Este cuestionario se cumplimenta en unos 10-15 minutos. Cada ítem puntúa de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud). Este cuestionario fue traducido y validado para su utilización con pacientes españoles por Berroa, Mora y Fernández (2017). A pesar de contar con esta traducción y validación reciente del instrumento, cabe indicar que el estudio se realizó hasta enero de 2017, por lo que no se pudo acceder a él durante nuestro estudio.

El *Cleveland Clinic IBD Scale* fue desarrollado por Farmer, Easley & Farmer (1992), y se trata de un cuestionario elaborado para pacientes ambulatorios con EII. Está conformado por 47 ítems distribuidos en varias dimensiones, que son: vida en general, síntomas, económica, funcional, social, recreacional, y afectividad. De estos ítems, 45 tienen una respuesta estructurada siguiendo una escala tipo Likert de 5 opciones, y dos de ellos requieren descripción de respuesta. Este instrumento no ha sido validado, y por lo tanto, ha sido descartado como instrumento de evaluación para el estudio del que se ocupa esta tesis.

Por último, entre los cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida de pacientes con EII, encontramos el *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ), desarrollado por Guyatt et al. (1989). Se trata del instrumento de medición de la calidad de vida más ampliamente usado en pacientes con EC y CU. Este cuestionario consta de 32 preguntas (IBDQ-32), siendo traducido por Masachs, Casellas y Malagelada (2007) y renombrado como Cuestionario de Calidad de Vida para pacientes con EII (C-32). Dada su extensión, y con la finalidad de facilitar su cumplimentación por los pacientes

de manera rápida, este cuestionario fue reducido y también validado en su tesis doctoral por Alcalá (2003), quedando en 9 preguntas, conocido como el CCVEII-9<sup>4</sup>. En él, cada pregunta tiene 7 posibles respuestas, las cuales tienen una puntuación distinta en función de la percepción que tiene el paciente de su EII, siendo 1 la peor percepción y 7 la mejor percepción de salud. El cuestionario permite relacionar la calidad de vida con parámetros como el grado de actividad de la enfermedad, la existencia de complicaciones o la respuesta al tratamiento por parte de cada paciente. El resultado del cuestionario CCVEII-9 se expresa mediante una escala que va de 0 (que equivaldría a la peor calidad de vida), hasta 100 (que equivaldría a la mejor calidad de vida). Por lo tanto, cuanto más alta sea la puntuación en este cuestionario, mejor índice de calidad de vida tendrá el paciente con EII.

Por todos estos aspectos a favor, fue precisamente el cuestionario CCVEII-9 el que se empleó en nuestro estudio para valorar las fluctuaciones que ha habido en la percepción de la calidad de vida de los participantes del mismo, hecho que se justifica por su validación al castellano y la brevedad que implica su contestación.

- Evaluación fisiológica de calidad de vida en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Inmunoglobulina A (IgA)

En cuanto a la valoración fisiológica de la calidad de vida, es difícil encontrar marcadores bioquímicos que nos indiquen el estado puntual o la evolución de la calidad de vida de un paciente. Sin embargo, se ha podido constatar que la percepción de bienestar por parte del enfermo (englobada dentro de la calidad de vida del paciente), está íntimamente relacionada con el estado de competencia inmunológica. Y en este sentido, un elemento importante dentro del sistema inmune es la Inmunoglobulina A (IgA), cuya función principal es actuar frente a cualquier tipo de amenaza, especialmente en enfermedades reumáticas o de carácter autoinmune (Palacios, 2011) tales como la EII, objeto de estudio de esta tesis.

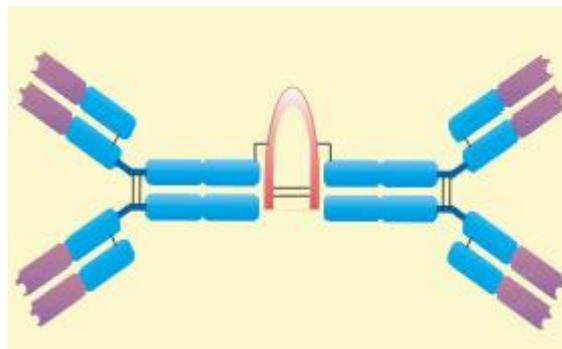
---

<sup>4</sup> En el Anexo 5, p. 235, puede verse una plantilla del CCVEII-9.

El primer estudio que relacionó los niveles de IgA y bienestar, fue en 1989 el de Dillon y Totten. En este trabajo se pudo constatar cómo una respuesta reducida de IgA suele aparecer asociada a un empeoramiento del estado de ánimo junto a una respuesta de cortisol suprimida. Posteriormente, se relacionó el bienestar con niveles más altos de IgA salival (IgA-s), lo cual, despertó un especial interés entre los investigadores al ser la principal inmunoglobulina de los fluidos de secreción (Viena, Banks, Barbu, Schulman & Tartar, 2012).

Esta inmunoglobulina, cuya función principal es proteger al cuerpo en sus áreas más vulnerables por contacto con el medio y por su capacidad neutralizante y precipitante (aunque con poca capacidad de fijar complemento y de opsonización<sup>5</sup>), aparece fundamentalmente en secreciones como saliva, lágrimas, secreción bronquial e intestinal, líquido cefalorraquídeo y recubriendo mucosas expuestas al ataque de agentes patógenos externos (Palacios, 2011).

En la siguiente figura, puede observarse el detalle de la estructura de las Inmunoglobulinas A:



*Figura 9.* Estructura química de la IgA. Adaptado de “Proyecto Biosfera. Inmunología.”, por Ministerio de Educación (MEC), 2017, párr.14

#### 2.2.8.2. Estados de ánimo en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

Al igual que la calidad de vida, el estado de ánimo de los enfermos se ve afectado al padecer una enfermedad crónica. En este sentido, Reyes, Garrido, Torres y Ortega (2010) indican que quien padece una enfermedad que se

---

<sup>5</sup> La opsonización es el proceso por el que se marca a un patógeno para su ingestión y destrucción por un fagocito

prolonga en el tiempo, “se enfrenta a condiciones de frustración, ira, negación, depresión” (p.112), entre otras.

Aunque ha sido habitual la suposición de la influencia de los factores emocionales y estados de ánimo en las EII, en los últimos años esta relación ha sido investigada con estudios centrados en averiguar el papel de los factores emocionales como un posible factor de riesgo de la EII, así como su influencia en el propio curso de la enfermedad (Fernández, Simón y Bueno, 2010). Los resultados de estos estudios han evidenciado, no sólo que la prevalencia de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo es elevada en los pacientes con EII (Guthrie et al., 2002; Simren et al., 2002; Walker et al., 2008), sino que además existen factores psicológicos relacionados tanto con la exacerbación de los síntomas y el paso de fase inactiva a fase activa de la EII (Mittermaier et al., 2004), como con el afrontamiento y posterior adaptación a la EII (Lix et al., 2008; Pizzi et al., 2006).

En cuanto a la evaluación de la percepción del estado de ánimo de los pacientes, esta se suele realizar a través de cuestionarios, como analizamos en el siguiente apartado.

- Evaluación de la percepción del estado de ánimo en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

Dentro de la literatura científica, se encuentran diferentes cuestionarios que permiten evaluar la percepción subjetiva del estado de ánimo. En este sentido, el *Profile of Mood States* (POMS) o Perfil de Estados de Ánimo, es uno de los instrumentos ampliamente usados en el ámbito de psicología para la baremación de los estados de ánimo, sentimientos y afectos. Fue creado en su origen por McNair, Lorr y Droppleman (1971) pensando en población no psiquiátrica y psiquiátrica externa, para poder evaluar la evolución de estos parámetros, aunque posteriormente se ha ampliado su campo de aplicación a diferentes poblaciones. El POMS original estaba formado por una lista de 65 adjetivos (McNair et al., 1971), que se asignaban a varias categorías o factores anímico-emocionales, que finalmente, tras varias revisiones de los propios autores, quedaron establecidos en: Tensión-Ansiedad, Depresión-Melancolía,

Cólera-Hostilidad, Vigor-Actividad, Fatiga-Inercia y Confusión-Desorientación (McNair, Lorr y Droppleman, 1992). Actualmente, se ha realizado una adaptación española abreviada de Fuentes, Balaguer, Meliá & García-Merita (1995), que es utilizada sobre todo dentro de la psicología deportiva, para evaluar el rendimiento. Esta forma abreviada del perfil de estados de ánimo está compuesta de una lista de adjetivos que evalúan cinco estados de ánimo: tensión, depresión, cólera, vigor y fatiga (quedando descartada la anterior categoría anímica de confusión). Cada estado de ánimo, al mismo tiempo, se divide en dos formas, A y B (que a su vez está conformada por tres adjetivos). Estas son puntuadas a través de escalas tipo Likert de cinco puntos, cuyo rango va de 0 a 4, siendo 0 = nada; 1 = un poco; 2 = moderadamente; 3 = bastante y 4 = muchísimo. Con este instrumento se evalúa en qué medida se ha experimentado cada uno de estos estados anímicos descritos en cada adjetivo, durante la última semana, incluido el día en que se responde al cuestionario. Los valores de Alfa de Cronbach de las versiones reducidas oscilan entre 0,70 y 0,83 (Franco, Molina, Salvador, y de la Fuente, 2011). Sin embargo, este cuestionario está enfocado sobre todo al trabajo con deportistas, y no se adecúa al perfil de los pacientes tratados en este estudio, personas con EII. Además, este cuestionario evalúa estados anímicos como ansiedad y depresión, que ya son evaluados con el cuestionario HADS (del que se hablará posteriormente) en esta tesis, por lo que se solaparían estas variables. Es por ello que finalmente este cuestionario ha sido descartado como instrumento de evaluación en el estudio que nos ocupa.

Por otra parte, para poder evaluar las fluctuaciones en el estado de ánimo de los pacientes del estudio realizado en el presente trabajo, se ha utilizado el Cuestionario MOOD (Rieffe, Meerum & Bosch, 2004). Concretamente, en el estudio se utilizó la adaptación del cuestionario MOOD al español, llevada a cabo por Górriz, Prado-Gascó, Villanueva, Ordóñez & González (2013). Este agrupa tanto estados de ánimo positivos como negativos. Consta de 20 ítems con 3 posibles respuestas (1 = nunca, 2= a veces, 3= a menudo). Estos 20 ítems se agrupan en 4 estados de ánimo: felicidad, ira-enfado, tristeza y miedo, obteniendo una visión global del individuo. El cuestionario presenta una validez

satisfactoria y una fiabilidad de 0,85. En él, puntuaciones más bajas en los estados de ánimo negativos indican mejores resultados, mientras que puntuaciones más altas en estados positivos (como felicidad), indican un mejor resultado (Górriz et al., 2013).

#### 2.2.8.3. Ansiedad y depresión en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII)

La OMS y Banco Mundial (2016), indican que entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad aumentó casi un 50%, pasando de 416 millones a 615 millones, suponiendo alrededor de un 10% de la población mundial afectada.

La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio que ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida. Sin embargo, esta puede llegar a ser perjudicial para el individuo: la ansiedad negativa se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos (Blai, 2017).

Por su parte, la depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida). De igual manera, aunque en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo somático que tienen una repercusión a nivel fisiológico, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (*National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Marcus, Yasamy, van Ommeren, Chisholm & Saxena, 2016*).

Depresión y ansiedad son dos trastornos psicológicos que suelen ir de la mano en enfermedades que se prolongan en el tiempo. Existe una gran evidencia de que tanto los síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad tienen efecto perjudicial en el curso de numerosas enfermedades crónicas. De hecho, en pacientes cardíacos, los síntomas depresivos se asocian a una mayor mortalidad; y en pacientes con cáncer de mama, una mayor puntuación en la escala de depresión se ha asociado con una disminución de la supervivencia.

Por otra parte, se ha observado que en los pacientes diabéticos con depresión, el control de la glucemia es más complicado que en los pacientes diabéticos sin depresión (Iglesias et al., 2009).

En cuanto a la EII, si bien la incidencia de trastornos psicológicos pueden no ser determinantes en su etiología, probablemente pueden influir en la producción o exacerbación de los síntomas gastrointestinales, lo que produce irremediablemente mayores riesgos para la salud y una peor calidad de vida para los pacientes, pudiéndose incluso determinar que los trastornos psicológicos son secundarios a la actividad de la enfermedad (Tobón et al., 2007). Esta relación puede darse debido a las repercusiones del trastorno orgánico que implica la EII en el estilo de vida del paciente. Algunas de estas repercusiones psicosociales que se producen como consecuencia del brote de la enfermedad, como la incapacidad para trabajar, el retraimiento y aislamiento social o los cambios en la vida familiar, podrían estar influyendo en la autovaloración que hace la persona con EII, desencadenando la aparición de trastornos ansioso-depresivos (Díaz et al., 2013).

Son muchos los autores que han indicado que los pacientes afectados por una enfermedad EII presentan una elevada tasa de trastornos psiquiátricos (Díaz, Comeche y Mas, 2007, 2013; Díaz et al., 2008; Guthrie et al., 2002; Iglesias et al., 2009; Pizziet al., 2006; Tobón et al., 2007). Y concretamente en cuanto a depresión y ansiedad, diferentes estudios muestran una prevalencia de la ansiedad y la depresión en porcentajes que oscilan entre el 43 al 52% en quienes padecen EII (Graff, Walker y Bernstein, 2009; Bennebroek Evertsz' et al., 2012).

Kurina, Goldacre, Yeates & Gill (2001), observaron que los pacientes con EII presentaban un elevado riesgo de contraer depresión durante el primer año después del diagnóstico de EII. De forma significativa y con más frecuencia de lo esperado, tanto la depresión como la ansiedad precedían a la CU a partir de la experiencia de la población de control. En el caso de la EC, la depresión y la ansiedad eran significativamente más comunes tras su diagnóstico. De hecho, los pacientes con EC en particular presentaron una frecuencia algo mayor

(hasta del 50%) de trastornos psicológicos que otros pacientes con enfermedades crónicas.

Un estudio de Nordin, Pahlman, Larsson, Sundström-Hjelm & Löf (2002) con 492 pacientes con EII, mostró que los 161 pacientes con EC refirieron tener más ansiedad y depresión que los 331 con CU. La mayor parte del aumento de la morbilidad psiquiátrica en EII se debe a una incidencia mayor de la depresión entre los pacientes con EC. Sin embargo, en el estudio de Guthrie et al. (2002), que estudió a 116 pacientes consecutivos atendidos en una consulta de gastroenterología con un interés especial en EII, no se observaron diferencias significativas entre la EC y la CU en cuanto a las puntuaciones de depresión, una vez tenida en cuenta la gravedad de la enfermedad.

Por su parte, Mittermaier et al. (2004) estudiaron una cohorte de 60 pacientes con EII durante un periodo de seguimiento después de un episodio activo de la enfermedad. El análisis de regresión mostró una relación significativa entre los niveles de depresión de la línea base y el número total de recaídas. Por su parte, la ansiedad se relacionó con frecuentes recaídas durante el periodo de seguimiento. Estos datos parecen sugerir que la ansiedad y la depresión pueden tener efectos negativos en el curso de las EII, aunque se requiere de nuevos estudios que contrasten estos resultados preliminares. Además, el estudio hizo patente que la ansiedad y una mala calidad de vida estaban relacionadas con recaídas más frecuentes en los 18 meses de seguimiento realizados. De la misma manera, Mardini, Kip & Wilson (2004) pudieron mostrar que los síntomas depresivos estaban relacionados de forma positiva con cambios futuros en el índice de actividad de la EC.

El tratamiento de la depresión en la EII debe tomarse muy en cuenta. Un estudio de Fuller-Thomson & Sulman (2006) con un elevado número de participantes con EII (más de 4000), mostró que los pacientes con EII experimentaban tasas de depresión 3 veces superiores (el 16,3 frente al 5,6%) a las de la población en general. Además, un 17% de los pacientes con depresión había considerado el suicidio en los últimos 12 meses, y un 30% adicional lo había considerado en un momento anterior. Entre los individuos que presentaban depresión en el momento del estudio, las mujeres

presentaron una mayor probabilidad de haber considerado la opción del suicidio en alguna ocasión, con respecto a los varones (el 50 frente al 30%). Esto son datos ciertamente preocupantes.

Mikocka-Walus et al. (2007a) examinaron la polémica respecto a la comorbilidad de la depresión y de la ansiedad en los pacientes con EII. Hallaron 17 estudios de elevada calidad que examinaban la comorbilidad de los trastornos psicológicos y la EII. En dichos estudios había unanimidad respecto a que los trastornos psicológicos son comunes en los pacientes con EII, pero no había acuerdo sobre si estos concurren en la EII más a menudo de lo esperado por accidente (comparado con otras enfermedades crónicas). Estos mismos autores, también investigaron la función de los antidepresivos en la terapia de la EII: entrevistaron a 18 gastroenterólogos y encontraron que un 78% prescribía antidepresivos. Esta investigación dentro de la comunidad gastroenterológica mostró cierto escepticismo respecto a los propios trastornos psicológicos y a la terapia farmacológica antidepresiva (Mikocka-Walus et al., 2007b).

Por su parte, los datos del estudio de Díaz et al. (2008) reflejaron que un alto porcentaje de EC y CU (45%) se encontraba deprimido, y que las diferencias en cuanto al sexo y la situación laboral eran estadísticamente significativas, siendo las mujeres y aquellos pacientes que se encuentran desempleados, jubilados, o que se dedican a sus labores, los que mayor puntuación en depresión obtuvieron. Asimismo, la estrategia de afrontamiento que mejor predijo el estado de ánimo depresivo fue la de huida.

Por otra parte, Lix et al. (2008) mostraron en su estudio que los efectos de la actividad de la EII en el funcionamiento psicológico eran moderados, lo que sugiere que la enfermedad tiene una repercusión aún cuando los pacientes no presenten una activación de los síntomas.

En ese mismo año, Miehsler et al. (2008) realizaron un estudio en el que mostraron que la ansiedad tenía mayor prevalencia que la depresión (el 37 frente al 18%). En este estudio, los pacientes con EII expresaron una necesidad mayor de intervenciones psicológicas que los pacientes con artritis

reumatoide. La ansiedad, la edad joven y el deterioro del apoyo social explicaban esta diferencia. Los pacientes con EII que presentaban una puntuación de ansiedad patológica (n = 113) se compararon con otros pacientes con EII sin ansiedad (n = 189). Los pacientes con ansiedad tuvieron un mayor uso de los servicios de atención sanitaria en el año anterior (2007), obtuvieron puntuaciones peores en todas las dimensiones de la calidad de vida, y también presentaron una prevalencia mayor de depresión.

En otro estudio, Mikocka-Walus et al. (2008) encontraron que en los pacientes con enfermedades gastrointestinales crónicas comunes, incluidos los pacientes con EII, la ansiedad era un problema mayor que la depresión.

Los resultados del estudio de Iglesias et al. (2009) realizado con pacientes con EC con criterios muy claros de remisión clínica, demuestran que, a pesar de estar en remisión, estos pacientes presentan frecuentemente síntomas depresivos y ansiosos, predominando más estos últimos.

Vidal et al. (2009), en un estudio prospectivo con 112 pacientes que presentaban EII a los que realizaron un seguimiento de 6 meses, describieron cómo los trastornos depresivos (11,6%) y de ansiedad (17,9%) no eran variables predictivas independientes de la recurrencia. Sin embargo, el afrontamiento de la enfermedad significó un factor modulador.

Cabe destacar también los estudios de Díaz et al. (2007; 2013), con 57 participantes con EII (33 grupo experimental, y 24 grupo control). En estos trabajos, constataron que entre los pacientes con EII, aquellos con un mayor índice de depresión o ansiedad, eran los que más pronto y con mayor frecuencia recaían tras un periodo de remisión de síntomas. Estos autores observaron además que los pacientes con EII deprimidos, tardaban una media de 97 días en experimentar una recaída, mientras que los no deprimidos llegaban a estar 362 días en remisión.

Para determinar el nivel de ansiedad y depresión, la evaluación se realiza mediante tests o cuestionarios, que se describen a continuación.

- Evaluación de la percepción de ansiedad y depresión en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

Existen en la literatura científica diversos cuestionarios para la evaluación de la ansiedad y depresión. Concretamente para la depresión, uno de los primeros que se empleó fue el Inventario de Depresión de Beck (BDI) de 1961, que fue utilizado en los estudios de Díaz et al. (2008; 2013). Este inventario consta de 19 apartados, en los que el sujeto debe seleccionar una oración por cada apartado, en función de su grado de identificación con esta. La puntuación obtenida está dividida en diferentes categorías: No depresivo, con puntuaciones de 0 a 9; Depresión Media, con puntuaciones de 10 a 15; Depresión Moderada, con puntuaciones de 16 a 23; y Depresión Severa, con puntuaciones de 24 a 63 (Díaz et al., 2008).

Por otra parte, para la evaluación de la ansiedad, una herramienta ampliamente utilizada es la Escala de Ansiedad de Hamilton, cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que se encargan de evaluar los aspectos psíquicos, físicos y conductuales presentes en la ansiedad. Se trata de una escala heteroaplicada, que facilita una medida global de ansiedad al sumar la puntuación de cada uno de los reactivos. Marjan, Mendieta, Muñoz, Díaz, y Cortés (2014) señalan que la validez interna de esta escala indica que contiene dos dimensiones: la de ansiedad psíquica y la somática. Además, la validez de constructo, obtenida por medio del análisis factorial, apoya la idea de un factor psiquiátrico y otro somático. Cabe indicar que la versión validada al español fue realizada por Lobo et al. (2002), y obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89 y una fiabilidad inter-observador superior a 0.9.

Sin embargo, con estos tests no se consigue evaluar de un modo completo la ansiedad y depresión de manera conjunta (algo pretendido en este estudio que nos ocupa), y además puede resultar tedioso para los pacientes el tener que rellenar varios cuestionarios.

Por este motivo, se valoró la existencia de un único test corto que pudiera realizar, sin embargo, una valoración completa de las dos variables conjuntamente. Y en este sentido, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y

Depresión (HADS)<sup>6</sup> fue el instrumento elegido por considerar que es el que mejor se adaptaba a las necesidades evaluativas, ya que muestra una gran simplicidad y permite una evaluación eficaz tanto de la ansiedad como de la depresión.

HADS es una herramienta que fue desarrollada para identificar posibles trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de hospitales psiquiátricos. Desde entonces, su uso se ha extendido a pacientes ambulatorios y comunitarios (Rosenblat, Cha, Mansur & McIntyre, 2014). Es fácil de usar ya que consta de 14 ítems agrupados en dos subescalas de 7 ítems que evalúan depresión, ya sea (HADD) o ansiedad (HADA). Cada subescala contiene 7 artículos entremezclados. Una puntuación de 0 a 7 puntos se considera normal; de 8 a 10 puntos indica depresión leve o ansiedad; de 11 a 14 puntos muestra depresión moderada o ansiedad; y de 14 a 21 puntos indican depresión o ansiedad severa (De Oliveira et al., 2014).

#### 2.2.8.4. Estrés en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

Podemos considerar al estrés como el proceso que se pone en marcha cuando una persona percibe una situación o acontecimiento como amenazante o desbordante de sus recursos. A menudo, los hechos que lo ponen en marcha son los que están relacionados con cambios, exigiendo del individuo un sobreesfuerzo que puede poner en peligro su bienestar personal. A pesar de todo, cabe indicar que el estrés no siempre tiene consecuencias negativas, pues en ocasiones, su presencia representa una excelente oportunidad de activar, y poner en alerta a la persona (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2017). En cambio, cuando aparece el estado subjetivo de malestar, angustia o sufrimiento, en el que una persona es incapaz de adaptarse completamente a estos factores amenazantes, hablamos de estrés negativo o distrés (Bayón, 2010).

---

<sup>6</sup> En el Anexo 7, p. 239, puede consultarse la plantilla del test HADS utilizada en el estudio.

A nivel fisiológico, el estrés desencadena la puesta en marcha del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), y supone un aumento de los niveles de cortisol, y la activación del sistema nervioso autónomo. El cerebro transmite los mensajes neuronales, endocrinos y circulatorios a las vísceras a través del eje del cerebro-intestino, reflejando los cambios en la hormona liberadora de corticotropina (CRH), la actividad de los mastocitos, la neurotransmisión en el sistema nervioso autónomo y la función de barrera intestinal, lo que afecta a la patogénesis de la colitis animal y EII humana. Al mismo tiempo, el estrés agudo o crónico aumenta el debilitamiento de la permeabilidad intestinal de las uniones estrechas y el aumento de la translocación bacteriana en la pared intestinal. También, en respuesta al estrés se produce una mayor carga microbiana en el tejido del colon, la liberación excesiva de citoquinas y una reactividad inmune parcialmente empañada, dando como resultado un impacto negativo en la EII (Brzozowski et al., 2016).

El primer estudio que se hizo y que evidenció la influencia negativa del estrés en EII, fue el llevado a cabo en los años 90 por un grupo de la Universidad de Nueva York (Duffy et al., 1991), en el que se realizó un seguimiento a 124 pacientes con EII (tanto con EC como con CU) durante seis meses, evaluándose variables psicológicas y biológicas. Estos autores observaron un mayor riesgo de inicio de actividad de la enfermedad en los sujetos expuestos a estrés (95%), en comparación de los pacientes que no lo habían padecido. Incluso, después de realizar un análisis multivariante, llegaron a concluir que el estrés continuó siendo el único factor de riesgo independiente para predecir brotes de actividad de esta enfermedad.

Posteriormente Drossman (1994) relacionó el estrés psicosocial como un elemento implicado en los trastornos digestivos, siendo más complicado poder establecer si era una consecuencia o la causa en la aparición o en las recaídas de la EII.

A pesar de estos estudios, todavía muchos investigadores dudaban de la naturaleza de esta relación entre estrés y EII, dado que era difícil demostrar si verdaderamente el estrés daba lugar a la exacerbación y la perpetuación de la inflamación intestinal, o si padecer una EII era en sí mismo el evento estresante

(puesto que se da una alteración en la calidad de vida del individuo con EII, al asociarse con la atención médica repetitiva que debe de tener y el curso prolongado de las EII) (Danzi, 1998).

Aun así, diferentes estudios continuaron con esta línea de correlación del estrés con la EII. En este sentido, García y Fernández (1998) estudiaron cómo el estrés psicosocial llega a afectar al bienestar físico y mental, y consecuentemente, influye en la gravedad o severidad de los síntomas de las EII, considerando el estrés como una causa no sólo de su origen, sino de la exacerbación o empeoramiento de su sintomatología.

Por su parte, Levenstein et al. (2000) realizaron un estudio prospectivo, el cual contó con 62 pacientes, específicamente con CU en remisión. Durante 45 meses, evaluaron el estrés percibido, los síntomas depresivos y los acontecimientos vitales estresantes, conjuntamente a otros factores potenciales que fueron considerados como predisponentes a la crisis sintomática. Durante ese tiempo, 27 pacientes presentaron una crisis, que se asoció con el hecho de tener una mayor puntuación en el Cuestionario del Estrés Percibido. Con ello, concluyeron que en los pacientes con puntuaciones más altas de estrés percibido, se triplicaba el riesgo de crisis sintomática hasta en los ocho meses subsiguientes a la evaluación.

Resultados similares obtuvo el estudio de Sewitch et al. (2001), en el que correlacionaron la actividad de la EII y el estrés percibido en 200 participantes con EII de larga evolución (137 con EC y 63 con CU). Tras un análisis de regresión múltiple, obtuvieron una relación significativa entre un mayor estrés percibido y una mayor actividad de la EII.

Por otra parte, también nos encontramos con el problema que se tiene al medir el estrés, dado que resulta difícil diferenciar si lo que se ha medido es el estrés percibido o acontecimientos vitales, al observarse que en los estudios que miden los acontecimientos vitales no existe tanta evidencia sobre predisposición de las crisis sintomáticas de las EII, como en los que anteriormente se ha expuesto, al hablar de estrés percibido (Vidal et al., 2006).

Algunas investigaciones llevadas a cabo en la última década, han sido dirigidas fundamentalmente a estudiar la relación entre el estrés diario o sucesos menores, y las EII. Una de ellas es el estudio de Tobón et al. (2007), que hallaron que el 60% de los pacientes con EII informaban de una alta cantidad de eventos negativos en su vida, en especial divorcios o muertes de algún familiar, a diferencia de los grupos controles quienes no presentaban porcentajes tan altos como los primeros. En estos casos, estas situaciones marcaron el comienzo de los síntomas y desarrollo de EII.

En la misma línea, Bitton et al. (2008) mostraron que los pacientes con EII en una situación de estrés menor y con una baja puntuación en afrontamiento por evitación (es decir, no se implicaban en actividades de desviación o distracción social), presentaban una menor probabilidad de recaídas.

Otro estudio posterior mostró el tratamiento realizado a 708 pacientes con EII durante 18 meses, observándose que el estrés percibido se correlacionaba, no sólo con la sintomatología de ambos cuadros clínicos (EC y CU), sino también, con el número de visitas a urgencias durante el período de seguimiento (Iglesias-Rey et al., 2011).

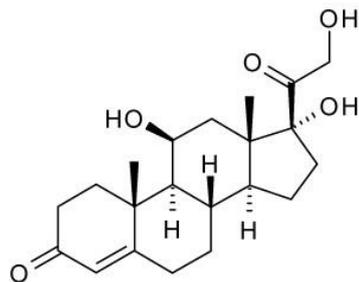
Finalmente, la revisión sistemática y metaanálisis de Jordan, Sin, Fear & Chalder (2016), tenía como propósito identificar los factores psicológicos en adultos con EII que pueden ser modificables a través de la intervención psicológica. Los resultados de esta revisión sugirieron que las intervenciones para mejorar el reajuste de los pacientes con EII pueden beneficiarles desde un enfoque centrado en las estrategias de afrontamiento, el estrés percibido y cogniciones relacionadas con la EII.

Todo esto da cuenta de lo necesario que se hace el control del estrés emocional que sufren estos pacientes. Para determinar el nivel de estrés de estos pacientes, pueden emplearse tanto cuestionarios como medidas fisiológicas. En el primer caso, no se ha encontrado en la literatura científica un test que se adapte al tipo de valoración puntual y también a largo plazo, del nivel de estrés percibido por el paciente. Sin embargo a nivel fisiológico, la cuantificación de la hormona cortisol puede aportar una información objetiva y

eficaz tanto del estado puntual como a lo largo del tiempo, que eran parte de los objetivos a valorar en esta tesis tras intervención con musicoterapia.

- Evaluación del nivel de estrés en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).  
Hormona cortisol

El cortisol es un glucocorticoide primario y por tanto con un origen esteroideo, que presenta la estructura química mostrada en la figura 10.



*Figura 10.* Estructura química de la hormona cortisol. Adaptado de “Hiperplasia suprarrenal congénita (Definición y causas)”, por ADISEN, 2017, párrs. 4-5.

Esta hormona se sintetiza en nuestro cuerpo en la corteza de la glándula suprarrenal, concretamente en la zona fascicular, como consecuencia de un estímulo estresante que estimula el eje HPA, como se ha descrito anteriormente. Se encarga de regular diferentes funciones de nuestro organismo, favoreciendo el mantenimiento de la homeostasis, y ayudando al metabolismo y a la respuesta inmune (De Andrés-García, Moya-Albiol & González-Bono, 2012). En este sentido, ADISEN<sup>7</sup> (2017) enumera las funciones del cortisol:

El cortisol moviliza los nutrientes, hace posible que el organismo pueda combatir una inflamación, estimula al hígado para que produzca azúcar en sangre, y también ayuda a mantener la cantidad de agua en el cuerpo. Además, controla como el cuerpo se enfrenta al estrés emocional y físico, como por ejemplo, una infección, herida, cirugía, etc. (párr.4)

---

<sup>7</sup> Siglas de “Asociación Nacional de Addison y otras enfermedades endocrinas”.

Para la medición de los niveles de cortisol en el organismo, existen diferentes métodos, algunos de ellos consisten en la cuantificación de la hormona en plasma, saliva, orina o pelo.

Para la determinación del nivel de estrés agudo, actualmente predomina el análisis en saliva, ya que es una técnica menos invasiva que una analítica sanguínea, cuya técnica en sí causa estrés aumentando innecesariamente los niveles de cortisol del paciente que sabe que va a ser pinchado y distorsionando por tanto el resultado e interpretación de los resultados. Por otra parte, para la determinación del nivel de estrés sufrido por una persona a medio plazo (los últimos meses), la medición de cortisol en pelo frente a la determinación en cualquier otro tipo de muestra, ofrece valores más fiables y una visión más prolongada en el tiempo de los niveles de cortisol. Por todo esto, el cortisol es considerado como un biomarcador retrospectivo del estrés fisiológico y psicológico crónico en diversas enfermedades (Wosu et al., 2015).

En el estudio presente en esta tesis, se ha cuantificado los niveles del biomarcador cortisol a través de la saliva y pelo, utilizando para ello (al igual que para la cuantificación de la IgA), la técnica de Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas (ELISA) descrita más adelante<sup>8</sup>.

### **2.2.9. TRATAMIENTOS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)**

Una vez descritas todas las consecuencias fisiológicas y psicológicas de sufrir la EII, en este apartado de la tesis se abordan todas las estrategias terapéuticas que existen para paliar la patología. Los tratamientos aplicados en la actualidad son escasos y no muy eficaces, pudiendo encontrar dos grandes bloques: por un lado las intervenciones basadas en tratamientos médico-farmacológicos, y por otro los basados en tratamientos complementarios no farmacológicos, en concreto, aquellos que tienen como base la intervención psicológica.

---

<sup>8</sup> Esta técnica será desarrollada en el apartado “instrumentos de evaluación”, en p. 122.

### 2.2.9.1. Tratamiento médico-farmacológico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

Como se ha indicado anteriormente, la etiología de la EII es aún desconocida, por lo que la terapia médica para curarla definitivamente aún no está disponible. La elección del tratamiento para pacientes con EII depende de varios factores, incluyendo aspectos como la severidad de la enfermedad, su localización, fenotipo, la presencia o ausencia de complicaciones y el patrón de la propia enfermedad. Dentro del patrón de la enfermedad, es especialmente importante tomar en cuenta la frecuencia de recaídas, curso de la enfermedad, presenciade MEI, respuesta previa a los fármacos recetados, así como los antecedentes de eventos adversos (EA). Por todo ello, el tratamiento debe ser individualizado para cada paciente y basado en la respuesta clínica y la tolerancia del paciente a la terapia (Meyer et al., 2015).

El tratamiento farmacológico actual de los pacientes con EII comprende el uso de 5 aminosalicilatos (5-ASA), y especialmente de corticoides, inmunomoduladores y terapia biológica. Los corticoides son medicamentos con propiedades antiinflamatorias, muy efectivos en inducir la remisión en crisis moderada-severa; sin embargo, poseen múltiples y conocidos Efectos Adversos (EE.AA.) a corto y largo plazo. Debido a su uso generalizado en el tratamiento de la EII, es importante conocer su eficacia pero también sus EE.AA. asociados. Por otro lado, el uso de inmunomoduladores está bien establecido en el tratamiento de la EII, y han probado su eficacia tanto en la inducción como en el mantenimiento de la remisión de la enfermedad; sin embargo, con ellos pueden presentarse también, al igual que con los corticoides, EE.AA., siendo necesaria la disminución de su dosis o bien la suspensión del fármaco (Meyer et al., 2015).

Aunque la terapia convencional basada en los fármacos logra controlar la inflamación, esta no cambia el curso de la enfermedad. Es más, muchos pacientes son refractarios a dichos fármacos. En este sentido, la terapia biológica juega un rol fundamental en el control de los factores proinflamatorios, logrando obtener la remisión de manera rápida y efectiva a lo largo del tiempo (Dignass et al., 2012). En la actualidad hay cuatro fármacos antifactor de

necrosis tumoral (anti-TNF $\alpha$ ) cuya eficacia ha sido probada para su uso en EII: infliximab, adalimumab, certolizumab pegol y golimumab. Se ha demostrado la eficacia de infliximab tanto en EC como en CU, logrando cumplir los objetivos del tratamiento en estas patologías. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que esta mayor efectividad no está exenta de EE.AA., con destacado riesgo de sufrir infecciones y neoplasias (Meyer et al., 2015).

Todos estos datos dan cuenta de las limitaciones de los tratamientos médico-farmacológicos para la EII. En este sentido, cobra especial importancia la utilización de otros tratamientos que complementen el tratamiento convencional o tradicional, que pueden ser de gran ayuda para los pacientes con EII y que se describen a continuación.

#### 2.2.9.2. Tratamientos complementarios no farmacológicos de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII): tratamientos psicológicos

Desde el prisma de la Psicología de la Salud, el tratamiento de las enfermedades crónicas es muy importante, pues puede implicar la mejora sustancial de la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento psicológico considera diferentes tipos de intervención, apoyados en la evidencia empírica de su eficacia, entre los que destacan la adopción y mantenimiento de hábitos saludables, a través de la modificación del sistema de creencias y de los comportamientos que comprometen a la salud de la persona enferma (Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015).

Como ya se ha descrito anteriormente, la EII se asocia con una comorbilidad psicopatológica así como un deterioro de la calidad de vida. Esta comorbilidad puede afectar al desarrollo de la EII. En este sentido, las terapias psicológicas pueden paliar el curso de la enfermedad, y mejorar variables como el estado de ánimo y la calidad de vida en pacientes con esta enfermedad (Gracie et al., 2017).

Dentro de los programas de tratamiento psicológico en EII, se distinguen diferentes tipos de intervención como: orientación, terapia individual, terapia de pareja, terapia de grupo, terapia familiar, y talleres específicos (Camacho, 2009). Este tratamiento debe contemplar al menos los siguientes aspectos:

información adaptada a cada paciente sobre la EII, implicaciones, tratamiento y estrategias de afrontamiento; explicación del tratamiento psicológico en la EII; fijación de los objetivos terapéuticos; ayuda en el manejo del estrés, dada su repercusión en la calidad de vida del paciente; solución de problemas y toma de decisiones; y reentrenamiento en habilidades sociales (Camacho, 2009).

Son varios los estudios que determinan la importancia de la terapia psicológica como medio complementario al tratamiento médico-farmacológico, destacándose los principales a continuación.

El estudio de Mussell, Bocker, Nagel, Olbrich & Singer (2003), que tenía como objetivo determinar si el tratamiento psicológico cognitivo-conductual complementario a la atención médica estándar era eficaz para reducir la angustia psicológica en pacientes con EII, tuvo 28 participantes ambulatorios con EC o CU que completaron el programa de tratamiento. Este tratamiento duró 12 semanas, a razón de una sesión semanal por grupo. Se realizaron evaluaciones médicas y psicométricas 3 meses antes, justo en el inicio del tratamiento, en el post-tratamiento y en los seguimientos a 3, 6 y 9 meses. Los resultados obtenidos sugirieron que el tratamiento psicológico en grupo para pacientes ambulatorios con EII es un enfoque factible y eficaz para la reducción a corto y largo plazo de la angustia psicológica en pacientes con EII.

En una línea similar se desarrollaron los estudios de Díaz et al. (2007, 2013), en los que detallaron la puesta en práctica y validación de un programa de tratamiento psicológico cognitivo-conductual protocolizado, con un total de 57 participantes con EC y CU de España. Las variables emocionales medidas fueron la ansiedad y la depresión. En él, se incluyeron los siguientes módulos de intervención: información de la enfermedad, modelo de afrontamiento, solución de problemas, técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de distracción y técnicas de reestructuración cognitiva. Todas estas técnicas fueron adaptadas a la problemática característica de EII. Los resultados del estudio reflejaron una mejoría clínica y estadísticamente significativa en las variables de ansiedad y depresión, al compararlo con el grupo control en lista de espera. De la misma manera, esa mejoría se mantuvo en los seguimientos realizados a los 3, 6 y 12 meses, con lo que se pudo

concluir que el programa de tratamiento psicológico protocolizado y administrado en grupo, resultó eficaz para disminuir la sintomatología emocional que puede presentarse como consecuencia del padecimiento de la EII.

Recientemente, Gracie et al. (2017) realizaron una revisión sistemática y metanálisis sobre los tratamientos psicológicos para pacientes con EII. Esta revisión concluyó que las terapias psicológicas, y la terapia cognitivo-conductual en particular, podrían tener pequeños efectos beneficiosos a corto plazo sobre las puntuaciones de depresión y la calidad de vida en pacientes con EII, aunque se requieren más estudios controlados aleatorizados de estas intervenciones en pacientes con trastornos psicológicos coexistentes.

Una de los enfoques de tratamiento que está llegando actualmente con fuerza como complemento al tratamiento médico convencional en diferentes enfermedades, es el *Mindfulness*. En castellano, suele traducirse como “atención o conciencia plena”. En el contexto de la práctica cotidiana, se reconoce por estar asociado a la meditación (Simón, 2011). Respecto a la utilización del *Mindfulness* en pacientes con EII, cabe destacar dos estudios que investigaron sus efectos en estos pacientes. En primer lugar tenemos el estudio de Berrill et al. (2014), en el que se trató a 66 pacientes con CU inactiva o EC, comparando la terapia individual multi-convergente con *Mindfulness* junto con la atención estándar, con la atención estándar solamente, encontrándose mejoras significativas en la calidad de vida en pacientes con síntomas adicionales del síndrome de colon irritable. Y en segundo lugar cabe mencionar el estudio de Jedel et al. (2014), esta vez con 55 pacientes con CU inactiva, que comparó el curso en la reducción del estrés basados en *Mindfulness* con el curso de control de tiempo y atención. Cabe decir que en ninguno de estos dos estudios se obtuvieron diferencias de grupo significativas con respecto a la enfermedad, actividad, recaída o variables psicológicas en el análisis principal.

Por otra parte, cabe reseñar un estudio sobre los efectos de la Imagenación guiada y el Entrenamiento de la relajación en pacientes con EII. Mizrahi et al. (2012) realizaron un ensayo prospectivo controlado aleatorizado. En él participaron 56 pacientes ambulatorios elegidos al azar y asignados a un grupo

control o al grupo de tratamiento. Los pacientes del grupo de tratamiento recibieron sesiones de entrenamiento de relajación y un disco de audio para la práctica en casa. Se hicieron evaluaciones antes y después del tratamiento, valorando el estado de ansiedad con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, y la calidad de vida con el Cuestionario específico para EII, el IBDQ. También la escala *Visual Analogue Scale* evaluó el dolor, la depresión, el estrés y el estado de ánimo, y los pacientes completaron un diario de monitoreo de síntomas. Los resultados del estudio se hicieron en base a los 39 sujetos que lo completaron, y tras la intervención de la relajación-entrenamiento, el grupo de tratamiento mostró una mejoría estadísticamente significativa respecto al grupo control. Concretamente, disminuyeron los niveles de ansiedad, mejoraron los niveles de calidad de vida y estado de ánimo, mientras que los niveles de dolor y estrés no tuvieron mejora significativa. Por tanto, concluyeron que el entrenamiento en relajación fue beneficioso para el cuidado integral de los pacientes con EII.

De manera similar a este último tipo de intervención, también se desarrolla el método Musicoterapia de Imaginación Guiada con Música o BMGIM, que utiliza como partes de su práctica, la imaginación guiada y la relajación. En el siguiente apartado, se desarrollarán ampliamente todos los detalles vinculados con este tipo de terapia.



## CAPÍTULO III

---

### LA MUSICOTERAPIA: ASPECTOS TEÓRICOS, MODELOS-MÉTODOS Y APLICACIONES

En este capítulo se realizará una aproximación a la teoría de la Musicoterapia. En primer lugar, se llevará a cabo un repaso histórico<sup>9</sup> sobre la utilización de la música como agente terapéutico a lo largo de la historia hasta nuestros días. Seguidamente, se definirán aspectos conceptuales relacionados con la música y a terapia. A continuación, se detallarán las principales técnicas, modelos y métodos existentes en Musicoterapia, detallando minuciosamente las particularidades del Método de Musicoterapia utilizado en este estudio, el método de Imaginación guiada con música o BMGIM, así como sus aplicaciones en el ámbito sanitario y particularmente, en el tratamiento del estrés, estado de ánimo, calidad de vida, ansiedad y/o depresión.

#### 3.1. BREVE REPASO HISTÓRICO DE LA MÚSICA COMO AGENTE TERAPÉUTICO

Aunque la idea de utilizar la música con fines terapéuticos tiene miles de años de antigüedad, para Davis, Gfeller y Thaut (2000) no fue hasta el siglo XX cuando se creó un cuerpo de conocimiento que fuese tuviera una base científica suficientemente sólida como para poder dar lugar a una disciplina académicamente organizada, por lo que hablar de Musicoterapia es un concepto relativamente joven, que no aparece hasta mediados del s. XX.

Para llegar al conocimiento profundo de la Musicoterapia, es conveniente hacer una revisión histórica sobre la manera en que se ha utilizado la música con fines terapéuticos, hecho que aparece patente ya desde los tiempos primitivos. La música estuvo siempre dotada de poderes de sugestión, y el hombre

---

<sup>9</sup> Debido a que el tema principal de la tesis es la aplicación de esta terapia en la EII, se ha considerado desarrollar más ampliamente los apartados sobre esta, a fin que el lector pueda comprender mejor el posterior planteamiento y tratamiento desarrollados en el estudio.

primitivo consideró al sonido como una fuerza elemental cósmica que existía en los comienzos del mundo. En este sentido, y según Calle (2013), se podría decir, por tanto, que la historia de la música como agente terapéutico se inicia con la historia de la humanidad. Davis et al. (2000), además sostienen que los mecanismos de acción de la música sobre el ser humano se mantienen en todos los tiempos y culturas; por ello, no es de extrañar que las directrices fundamentales que formaron el germen musicoterapéutico estuvieran ya trazadas en el pasado.

Ya en la etapa mítica, los hombres primitivos creían que el sonido era una fuerza cósmica presente desde los orígenes del mundo, la cual iría progresivamente adquiriendo una forma verbal, existiendo a este respecto numerosas leyendas que apoyan la idea de que el sonido jugaría un rol muy importante en la creación del universo. Precisamente Alvin (1967), sugiere que “el hombre primitivo explicaba los fenómenos naturales en términos de magia, y pensaba que el sonido tenía origen sobrenatural” (p.16). Para los hombres primitivos, el sonido se constituyó en un medio para poder comunicarse desde y con el “más allá”. Alvin (1967) considera que la música era entonces considerada como alimento de los dioses y mediante el uso de la misma, los individuos la utilizaban como vehículo para la consecución de objetivos diversos, que van desde la producción de fenómenos climáticos como la lluvia, hasta la sanación.

Mediante la música, los hombres imitaban a los dioses y se comunicaban con ellos. En todas las civilizaciones encontraremos de forma constante, cantos rituales que pautan los diferentes momentos importantes de la evolución personal. En el momento del nacimiento y de la circuncisión, así como también en diferentes ceremonias como el casamiento, los ritos funerarios, los ritos de curación y de recolección (Merriam, 1964, citado en Davis et al., 2000).

Para los pueblos antiguos, el poder curativo de la música residía en la magia capaz de alejar a los malos espíritus que se alojaban en el individuo enfermo. Esto será un concepto que tomará en cuenta la moderna Musicoterapia, pues como indica Alvin (1967), un ser humano se identifica con un sonido específico o historia sonoro-musical particular y diferenciada de otro ser humano.

En el Antiguo Egipto, a diferencia de la concepción hindú (que atribuía a la música propiedades sobre la mente), los egipcios consideraban que la música actuaba fundamentalmente sobre las emociones. Por tanto, su uso podía llegar a consolidar un carácter ecuánime, confería energía (como para realizar obras colosales como las pirámides), y curaba enfermedades, siendo utilizada ya en los hospitales hacia el año 1284. Poch (1999) afirma que “la música egipcia buscaba calmar y purificar las emociones para lograr la armonía del corazón, usando el canto, acompañado de palmas instrumentos” (pp. 395-396).

También encontramos referencias al uso terapéutico de la música en los antiguos textos hebreos en estados depresivos. Así, en el Antiguo Testamento se recoge ya un testimonio sobre la eficacia de la música como terapia: “Y cuando el espíritu malo de parte de Dios venía sobre Saúl, David tomaba el arpa y tocaba con su mano; y Saúl tenía alivio y estaba mejor, y el espíritu malo se apartaba de él” (La Biblia, I Samuel 16, 23). Otro caso que refiere la Biblia es un sobre el profeta Eliseo, y cómo la música actuaba como bálsamo para calmar la ira; este llamaba a un tañedor de arpa para sosegarle y restituirle el don de la profecía: “Eliseo dijo: “Mas ahora traedme un tañedor”. Y mientras el tañedor tocaba, la mano del Señor vino sobre Eliseo” (La Biblia, II Reyes 3, 15).

En la Antigua Grecia, la música tenía tanta importancia, que llegaron a proponer que su uso fuera regulado por el Estado. Aristóteles reconocía el poder terapéutico de la música, otorgándole un gran valor frente a las emociones incontrolables, y atribuyéndole beneficios en cuanto a la catarsis emocional. Fubini (1994) asegura que Platón, por su parte, recomendaba música y también danzas para los casos de terrores y angustias de tipo fóbico. Aquí la música, entonces, no tenía como único propósito el halagar los sentidos del hombre, sino más bien calmar los trastornos de su alma. Es en esta época cuando se desarrolla la teoría de los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra). Como refiere Betés (2000), se concebía la salud como equilibrio entre estos humores y la enfermedad como desequilibrio. Esta teoría que se mantuvo vigente durante dos milenios, atribuyendo a la música la capacidad de normalizar los humores desequilibrados a causa de la enfermedad. Íntimamente relacionada con esta teoría humoral está la *teoría del*

*ethos* que estaba basada en el postulado de la íntima relación entre los movimientos de la música y los procesos psíquicos, otorgando a la música la posibilidad de influir sobre el carácter humano (Poch, 1999). Esta influencia podía derivar en la modificación del estado de ánimo, y dependía de los elementos constituyentes de la propia música. Es por ello, que para los griegos, cada instrumento, ritmo, tono y escala tenían un *ethos* o un carácter propio. El autor que más ampliamente trató el *ethos* de los elementos musicales fue Arístides Quintiliano<sup>10</sup>(Poch, 1999).

Por otra parte, se encuentra el Imperio Romano, que heredó muchos elementos de la cultura griega, pero a diferencia de sus antecesores, la música no fue utilizada como un arte, sino como una herramienta. Al tratarse de un pueblo eminentemente militar, la música debía servir para tal fin. Esta era música energética, capaz de producir salud, coraje y virilidad. Se buscaba influir en lo físico, y no en las emociones o la imaginación (Poch, 1999).

Con la caída del Imperio Romano de Occidente (476 d.C.), el Cristianismo fue una fuerza muy importante para la civilización occidental. Y la influencia de esta nueva fuerza trajo cambios en cuanto a la actitud que se tenía frente a la enfermedad. La fe religiosa cristiana planteaba que la enfermedad podía ser curada por la intervención divina. Eso sí, no se privaba al enfermo del posible tratamiento médico, pero se recurría a un determinado santo para la petición de salud y se solían utilizar himnos, rezos y cantos. Se asumía la influencia beneficiosa del arte y de la música, razón por la cual tanto pinturas, como esculturas y obras musicales estaban presentes en los oficios para exaltar sus efectos, dado que conferían al creyente una actitud más receptiva y espiritual (Betés, 2000).

Durante la Edad Media siguió vigente y se desarrolló la “Teoría de los cuatro humores” que ya se gestó en la Antigua Grecia (Betés, 2000). El Canto Gregoriano era la música oficial en esta época, y se caracterizaba por ser una música monódica, realizada para acompañar la oración, en una manera muy

---

<sup>10</sup> Arístides Quintiliano fue un músico griego. Se cree que vivió en la primera mitad del siglo II de nuestra era. Aún se conserva su mayor legado, el “*Tratado de la Música*”, en el que da a conocer los principios de la composición griega y de la rítmica de los antiguos.

similar al habla. Por su sistema melódico, rítmico y modal, su audición e incluso la propia realización de este canto proporcionaban al cuerpo y a la mente las condiciones adecuadas para conseguir la quietud, la serenidad y la paz propias de un estado de oración o meditación (Poch, 1999).

El Renacimiento fue una época histórica en la que aparece un desarrollo muy importante en la disciplina de la Anatomía y Fisiología, que hizo que la medicina evolucionara hacia una mayor científicidad, hecho que repercutió claramente en los medios curativos de la época. De hecho, muchos médicos amantes de la música investigaron y observaron sus efectos sobre los pacientes, proponiéndoles no solamente escuchar música, sino también ejecutar instrumentos y cantar (Betés, 2000). Un ejemplo de ello es el de Marsilio Ficino<sup>11</sup>, que consideraba el enfermo melancólico debía ejecutar e inventar él mismo su propia música (acercándose así a la noción actual de lo que se da en llamar Musicoterapia expresiva o activa). Decía que el enfermo y músico, eran la misma persona, entendiendo a la música no ya como una medicina externa que alguien administra a un enfermo melancólico, sino que mediante un proceso interno, el propio individuo intentaría calmar y equilibrar su condición (Poch, 1971).

Siguiendo con el Renacimiento, aparecen los primeros intentos de correlacionar la respiración, el ritmo muscular, la digestión y la presión sanguínea con la música. Pueden citarse ejemplos de los escritos de Zarlino (1517 - 1590), entre los que destaca *Istitutioni Harmoniche* de 1571, en los que decía que la música era el mejor medio para alterar el pulso y el corazón; o los del cirujano francés Ambroise Paré (1510-1592), considerado el padre de la cirugía moderna, que le daba a la música un valor analgésico y decía que esta era capaz de curar del veneno de la tarántula, y paliar los síntomas propios de la ciática y de la gota. Además, la consideraba también como un agente preventivo, pues favorecía la resistencia a la enfermedad (Betés, 2000).

---

<sup>11</sup>Marsilio Ficino (1433-1499) fue un sacerdote católico, filólogo, médico y filósofo renacentista italiano, fue además el artífice del renacimiento del neoplatonismo y encabezó la famosa Academia platónica florentina.

En el período Barroco aparece la corriente llamada “Doctrina de los afectos”<sup>12</sup>, basada en la creencia, muy extendida a partir del siglo XVII, que defendía que:

(...) el principal propósito de la música era despertar las pasiones o afectos tales como el amor, el odio, la alegría, la angustia, o el miedo. Dichos afectos se concebían como estados racionalizados y relativamente estáticos, los cuales podían ser generados y estimulados por la música (Betés, 2000, p.26).

Realmente, esta teoría es como una continuación de teorías anteriores como la teoría del ethos, pero esta vez supuso de forma decisiva la mentalización social en cuanto a las posibilidades terapéuticas de la música.

Hacia 1650, el sacerdote jesuita Atanasius Kircher (1602-1680) escribe la obra *Musurgia Universalissive ars magna consoni et dissoni* en 1650, una de las más importantes de la historia de la música y la primera obra en mencionar la teoría de las emociones, según la cual, la música debía producir estados de ánimo. Kircher creía que las características de la personalidad estaban relacionadas con ciertos tipos de música, y observó que “las personas depresivas respondían mejor a la música melancólica mientras que las personas alegres preferían música de baile que les estimulaba la sangre” (Betés, 2000, p. 26). Esta interesante observación constituye el germen del futuro principio de ISO<sup>13</sup> de la Musicoterapia actual.

Con el siglo XVII llegó la Ilustración. En el pensamiento ilustrado subyacen las teorías acerca de cómo obra la música en los enfermos. Cabe destacar el fenómeno del tarantismo, enfermedad producida al inocular el veneno la araña lobo o tarántula. Recibe este nombre por la región de origen, Tarento, una

---

<sup>12</sup>En alemán, *Affektenlehre*

<sup>13</sup> ISO=raíz latina que significa “igual”. Aquí, el principio de ISO es un principio básico de Musicoterapia, enunciado en 1948 por Ira Altshuler, psiquiatra del Wayne Country General Hospital (Eloise, Michigan), director del departamento de Musicoterapia de dicho hospital y miembro del Comité Ejecutivo de la NAMT (*National Association of Music Therapy*, primera asociación estadounidense (y mundial) de Musicoterapia) desde sus comienzos. Este principio nos viene a decir que para entrar en contacto con un paciente, la música utilizada deberá estar en consonancia con el estado anímico que el paciente tiene en ese preciso momento. No confundir con el concepto de ISO de Benenzon, que significa Identidad Sonora.

región italiana de la Apulia, y en su tratamiento precisamente se utilizaba la música, para paliar los efectos del veneno (Cid, 1787). En este sentido, se utilizaban ciertas danzas musicadas, denominadas tarantelas<sup>14</sup>, utilizadas como único remedio eficaz (antídoto) contra la picadura de la araña venenosa. Su práctica se extendió a lo largo de los siglos XVII y XVIII, llegando a existir un cierto consenso sobre el efecto curativo de la tarantela, fenómeno que podía explicarse debido al efecto depurativo de la sudoración del veneno a través de la piel (Betés, 2000).

En la concepción de los teóricos ilustrados, la música actuaba en el hombre de forma dual, es decir sobre el alma y el cuerpo. Los efectos de la música eran beneficiosos sobre los estados de ánimo, sirviendo de analgésico e hipnótico, purgante, para contrarrestar el tarantismo, la gota, las alteraciones menstruales y las fiebres diaforéticas. El tipo de música empleada debería variarse según la enfermedad de que se trate y según las personas y la profesión de cada una. No servía entonces cualquier música, sino que se trataba de músicas específicas y concretas. La música de sonidos fuertes podía provocar efectos nocivos, y por tanto, se recomendaba la música modal (Poch, 1999).

Uno de los autores más importantes de esta época fue médico toledano Francisco Xavier Cid, quien elaboró diversos comentarios teóricos sobre la música y sus efectos. Este autor sostenía que, en la enfermedad mental: “Es sabido que la música sosiega el ánimo perturbado, agita el tranquilo, y mantiene otras veces un género de calma, si debidamente se aplica con respecto al estado de perturbación y tranquilidad” (Cid, 1787, p. 296). De hecho, en su trabajo con personas con enfermedad mental, desarrolló unas actividades que dio en llamar “los viajes musicales”,<sup>15</sup> que consistían en hacer viajar imaginariamente al enfermo, escuchando música y apoyando la experiencia en ilustraciones alusivas a diferentes lugares del mundo, distrayendo así su atención hacia otros centros de interés (Poch, 1999).

---

<sup>14</sup> La Tarantela es una danza originaria del sur de Italia. En su forma moderna más común, es una danza de galanteo entre parejas, con una música en compás de 6/8, que va aumentando progresivamente de velocidad y se acompaña de castañuelas y panderetas.

<sup>15</sup> Esta técnica será retomada por Serafina Poch Blasco ya en el s. XX.

Durante este período de la Ilustración, debemos también recordar los efectos sugestivos que producían los cantos de Farinelli, el nombre con el que se conocía el castrato italiano Carlo Broschi (1705- 1782), el soprano masculino (castrato) más famoso del siglo XVIII. En una de sus giras europeas, visitó también España. Entonces recibió la petición de la reina Isabel de Farnesio, para que intentara sacar al rey Felipe V, su esposo, de su postración total, pues sufría una profunda melancolía, habiendo sido tratado por varios médicos sin ningún resultado positivo. El rey llevaba varias semanas sin atender sus asuntos de Estado, y sólo cuando escuchó los cánticos de Farinelli desde su habitación salió de su letargo, y desde ese momento fue contratado para que cantara todas las noches para él y así lo hizo durante 10 años (Alvin, 1967).

El movimiento romántico, ya en el siglo XIX, invirtió los planteamientos ilustrados, al considerar la música como el lenguaje por excelencia para expresar los sentimientos (Calle, 2013). En esta línea, El filósofo alemán Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831), reconocía que la música produce efectos morales, civiliza y educa, en forma de símbolos o figuras. En el tomo VII de su obra *Estética*, se pronuncia sobre la música y sus medios de expresión: “la acción de la música consiste en erigirse en arte para actuar sobre las almas, al mismo tiempo que necesita de un contenido que despierte un sentimiento vivo en el alma” (Fubini, 1994, pp. 254).

A principios del siglo XIX, el médico canadiense Hunter, lograba bajar la fiebre de sus pacientes con música, para lo cual decidió instalar orquestas en los hospitales en los que trabajó, comprobando cómo ciertos instrumentos, tales como la lira y el arpa, tenían efectos concretos sobre determinadas enfermedades, por lo que era sumamente importante conocer la manera en la que se debían emplear diferentes músicas para diferentes enfermedades nerviosas, siempre suministrando al paciente una música en consonancia con su estado anímico. A un momento triste o depresivo correspondía una música triste y depresiva; a un momento eufórico, una música alegre y brillante (Fariña, 2014). En la misma línea, a mediados del siglo XIX, el médico José de

Letamendi<sup>16</sup>, seleccionaba audiciones musicales como forma de mitigar los síntomas una larga enfermedad que arrastró durante los últimos años de su vida, y así a partir de su propia experiencia, pudo destacar los efectos terapéuticos de la música (Poch, 1999). Otro médico y catedrático de la Universidad de Madrid que relató los efectos de la música como agente terapéutico, fue Francisco Vidal y Careta (1860-1923), quién realizó en 1882 su Tesis Doctoral precisamente titulada “La música en sus relaciones con la medicina”, en la que llegaba a las siguientes conclusiones:

La música, es un agente que produce descanso y distrae al hombre en sus ocupaciones; es un elemento social; moraliza al hombre; es conveniente conocer su acción fisiológica para aplicarla adecuadamente; (...) sirve para combatir estados de excitación o nerviosismo”. (Poch, 1999, pp.438-439)

Como se ha podido apreciar, la historia de la pre-Musicoterapia fue concluyendo una primera etapa en la que se mezclan las observaciones empíricas, la magia, la sugestión y la racionalización. Y ya llegando al siglo XX, el desarrollo de la Musicoterapia como disciplina se irá enfocando progresivamente hacia una práctica médica, con cada vez mayor respaldo científico.

En este sentido, en 1942, Casandra Franklin, descubre el poder terapéutico de la música durante su trabajo en el Hospital Tilton, un centro de la armada de los Estados Unidos de América, en New Jersey, mientras desarrollaba su labor como voluntaria de la Cruz Roja. Empleando la música grabada y reproducida mediante gramófonos<sup>17</sup> (y otras veces en directo), comprobó cómo los heridos de guerra de la II Guerra Mundial, a los que asistía, recobraban las energías y se restablecían de sus heridas con mayor rapidez que el resto de los pacientes del hospital (Davis, et al., 2000). A partir de este momento, diferentes

---

<sup>16</sup> José de Letamendi y Manjarrés (1828- 1897) fue catedrático de Anatomía en la Universidad de Barcelona y posteriormente Catedrático de Patología General en la Universidad Central de Madrid.

<sup>17</sup> Debe tenerse en cuenta que los primeros discos en vinilo aparecen precisamente en esta época, los años 40 del s. XX

hospitales empezaron a poner en práctica estas iniciativas. Aquí se dieron cuenta como al cabo de un tiempo, no era solamente la música la que motivaba y “cambiaba” a aquellas personas (especialmente la que se hacía en directo), sino que lo más importante era la relación que se establecía con quienes traían esa música. Y se comprendió, cada vez más, la necesidad de un entrenamiento específico para hacer del músico un terapeuta (Fariña, 2011).

Es así como surgen poco a poco empiezan a crearse las primeras formaciones y asociaciones de Musicoterapia. En 1950 se crea la carrera de Musicoterapia por iniciativa de la NAMT (Asociación Nacional de Musicoterapia), siendo en EE.UU. a mediados del siglo XX donde surgen las primeras grandes figuras de la incipiente disciplina de la Musicoterapia: Edwin Thayer Gaston, primer profesor de Musicoterapia en la Universidad de Kansas y primer presidente y creador de la NAMT; Ira Altshuler, psiquiatra autor del principio de ISO; y Myrtle Fish Thompson, primera directora de un internado en Musicoterapia (Davis, et al., 2000).

Y a partir de este momento, la disciplina de la Musicoterapia se fue desarrollando hasta llegar a nuestros días, teniendo cada vez un mayor peso académico, profesional, práctico y científico. Eso sí, son diferentes los niveles de desarrollo en los ámbitos anteriores de la misma que se dan, dependiendo del país o región.

### **3.2. DEFINICIÓN-GENERALIDADES SOBRE MUSICOTERAPIA**

La principal entidad a nivel mundial que rige la Musicoterapia es la Federación Mundial de Musicoterapia (en inglés *World Federation of Music Therapy* o WFMT), entidad reconocida por la OMS. En 1996 dio una definición que si bien no es la más actual, es la más representativa y comúnmente aceptada entre los musicoterapeutas, en tanto que la define como disciplina y profesión:

Es el uso de la música y/o de los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) por un Musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo de pacientes, para facilitar y promover la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, la movilización, la expresión la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objetivo de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La Musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o restablecer funciones del individuo para que este pueda emprender una mejor integración intrapersonal e interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento (WFMT, 1996, citada en Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia FEAMT, 2017, párr.1).

La Musicoterapia, como se ha visto en el anterior apartado histórico, es una disciplina relativamente joven si se la compara con otras con mayor nivel de desarrollo. Esta ha ido tomando contacto con diversas disciplinas afines y en diversos países. Por tanto, tal como apuntan Wigram, Pedersen y Bonde, (2005) definir Musicoterapia como tanto como profesión como disciplina, puede ser muy variado atendiendo a orientación y perspectiva de un grupo particular de practicantes o de la cultura a la que pertenecen.

Este hecho de tratar de definir Musicoterapia es bastante complejo, y precisamente radica en su naturaleza transdisciplinaria. Es decir, la Musicoterapia no puede concebirse como una disciplina sola, aislada, con límites claros e inmutables. Se la debe considerar como una combinación dinámica de otras muchas disciplinas y en la que confluyen dos áreas principales: la música y la terapia, que a su vez, tiene límites poco definidos (Bruscia, 2007). Pudiera parecer pues que, sabiendo definir estas, ya tendríamos esa definición de Musicoterapia, aunque la realidad es que, aunque nos puede ser de ayuda, la Musicoterapia es una disciplina compleja en sí misma y que aunque predominantemente toma su esencia de estas dos disciplinas, bebe de otras muchas, como puede apreciarse en la figura siguiente.

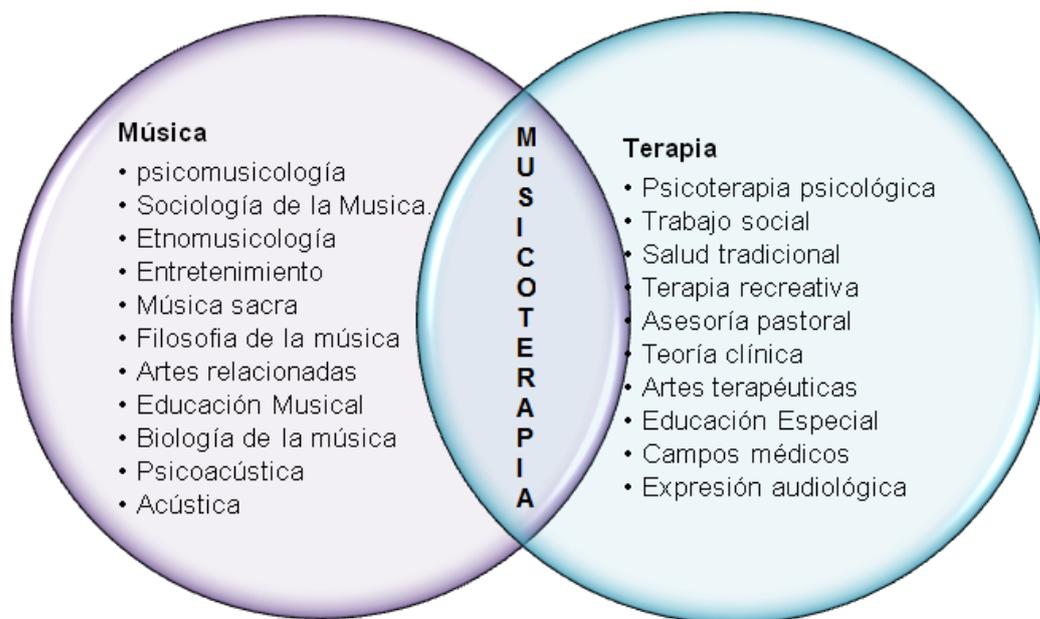


Figura 11. La transdisciplina de la Musicoterapia, disciplinas relacionadas con la música y la terapia. Adaptado de “Musicoterapia: Métodos y prácticas”, por Bruscia, K.E., 2007, p. 6.

### 3.3. LA MÚSICA

Para Davis et al. (2000, p. 16), “la música es un fenómeno universal que a lo largo de los años ha ido jugando un importante papel en individuos de diferentes partes del mundo, llegando a estar presente en todas las culturas conocidas.” Ya el etnomusicólogo Alan P. Merriam en 1964 daba cuenta del poder que tiene la música sobre el ser humano, pues “no hay otra actividad cultural humana que sea tan penetrante como la música, la cual llega, moldea, y a menudo controla muchas de las conductas humanas” (Davis et al., 2000, p. 43). Esto es sumamente importante y tomado en cuenta por la Musicoterapia.

Si bien la música es una disciplina muy exigente para el músico profesional, puesto que requiere de un alto nivel de destreza en la práctica instrumental y gran cantidad de conocimientos teóricos, es importante que el musicoterapeuta (el profesional en Musicoterapia) tenga un buen nivel de estos conocimientos y destrezas prácticas, dado que es una herramienta que usa diariamente en su trabajo. Estos requerimientos musicales no lo son para la persona que recibe el tratamiento, pues como apunta Martí (2000, p. 287), “todas las personas poseen una cierta musicalidad, ya que cada individuo responde de alguna

manera a la música que le envuelve”, entendiéndola como “aquella respuesta o sensibilidad al estímulo musical; ello incluye una apreciación o comprensión por la música, pero no necesariamente implica el dominio de la técnica musical” (Hodges, 1999, citado en Martí, 2000, p. 287).

Es curioso cómo la música, sin ser un elemento necesario para la supervivencia del ser humano, está presente en su vida diaria. El motivo reside en que da respuesta o satisface una serie de necesidades. Merriam (1964, citado en Davis et al., 2000, p. 44) indica algunas de estas funciones, que se dan en las diferentes culturas del mundo, como son “la comunicación, la expresión emocional, la representación simbólica, el placer estético, el entretenimiento, la contribución a la continuidad y estabilidad de la cultura, la contribución a la integración de la sociedad, etc”. Todos estos aspectos, la Musicoterapia los tiene muy presentes y los recoge en su intervención.

### **3.4. LA TERAPIA**

Desde un punto de vista etimológico, la palabra terapia, “deriva de la raíz griega “therapeia”, que significa atender, ayudar o tratar” (Bruscia, 2007, p. 9). En ella, tomado como referencia a Martí (2000), intervienen diferentes elementos fundamentales, pilares necesarios para que se pueda considerar terapia:

- El paciente, cliente, usuario o beneficiario, que es una persona que necesita de la ayuda de alguien para poder abordar o tratar su problemática
- Un terapeuta, que es el profesional que atiende, trata o ayuda al anterior.
- Objetivos del tratamiento, que variarán dependiendo del tipo de persona a la que va dirigida la terapia, del encuadre clínico y orientación del propio terapeuta. Estos objetivos, tomando en cuenta lo anterior, podrán ser de tipo educativo, médico-curativo, psicoterapéutico, recreacional, etc.

- El proceso terapéutico. La relación de ayuda establecida entre la persona que recibe el tratamiento y terapeuta no se realizan de manera esporádica o puntual, sino que forman parte de un proceso, más o menos dilatado en el tiempo, con sesiones periódicas. Este proceso variará en función de la orientación del terapeuta, de las necesidades de la persona que recibe el tratamiento, cuestiones institucionales, etc.

Una terapia puede llevarse a cabo de diferentes maneras. Un tipo de intervención terapéutica basada en el medio artístico, es el que ofrecen de las terapias artístico-creativas, dentro de las que se encuentran el Arteterapia, la Musicoterapia, la Dramaterapia, la Danza-movimiento-terapia y el Psicodrama. Precisamente, en relación con el trabajo de los terapeutas que trabajan dentro de esta perspectiva artístico-creativa, Dokter (1994) indica que estos:

(...) proporcionan al paciente un entorno basado en un medio artístico, siendo la finalidad de las sesiones el desarrollo de un lenguaje simbólico que puede permitir el acceso a sentimientos desconocidos y una integración creativa de los mismos en la personalidad, dando posibilidad al cambio terapéutico. El interés no se centra en los aspectos estéticos del producto artístico, sino en el proceso terapéutico (Dokter, 1994, p.3).

Este tipo de terapias, incluida la Musicoterapia, utiliza predominantemente este medio artístico, y el lenguaje no verbal y simbólico, como medio de expresión, para el tratamiento de diferentes trastornos y enfermedades. De hecho, Katsz (1994), afirma que este medio artístico que se utiliza “permite observar y obtener unas respuestas e información que no suele o no puede obtenerse con los tratamientos tradicionales basados en la comunicación verbal” (p.31).

### **3.5. TÉCNICAS, MODELOS Y MÉTODOS EN MUSICOTERAPIA: ASPECTOS GENERALES**

Es importante matizar las diferencias existentes entre una técnica, un modelo o método, pues hay veces que dentro una disciplina estas tres terminologías se utilizan con carácter indistinto, y tienen diferencias sustanciales que merecen ser puntualizadas.

Santiago (2015) considera que, por una parte, un modelo “es una construcción teórico-formal que fundamentada científica e ideológicamente interpreta, diseña y ajusta la realidad que responde a una necesidad concreta. Es decir, un modelo es una representación teórica que luego llevamos a la práctica en un contexto determinado” (párr.1).

Mientras el modelo es, como se ha visto, un constructo teórico que después es aplicado y variable dependiendo del contexto, por otro lado, tenemos el método. Un método es definido por el Diccionario de la Real Academia de la Lengua en su 5ª acepción como “procedimiento que se sigue en las ciencias para hallar la verdad y enseñarla” (RAE, 2016). A diferencia del modelo, el método es un constructo teórico también, pero con una manera de hacer pautada que hace que pueda enseñarse y replicarse (siempre que las condiciones sean las mismas que en el origen).

Finalmente, una técnica es definida por la Real Academia de la Lengua en su 5ª acepción como “Conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia o un arte” (RAE, 2016). Sirvan aquí las palabras de Nérici (1980) que interrelaciona ambos conceptos, técnica y método: “el método traza el camino y la técnica muestra cómo recorrerlo. El método y la técnica representan la manera de conducir el pensamiento y las acciones para alcanzar una meta preestablecida” (Nérici, 1980, p. 36).

En el campo de la Musicoterapia, de la misma manera, existen diferencias significativas entre la concepción de una técnica, método y modelo, que merecen puntualizarse. En este sentido, Bruscia (1998a) realiza los siguientes matices:

Un método se define aquí como un tipo particular de experiencia musical que atrae al cliente para propósitos terapéuticos (...) una técnica es un paso desde dentro de cualquier procedimiento que el terapeuta usa para dar forma a la experiencia inmediata del cliente; y un modelo es una única y sistemática orientación del método, procedimiento y técnica basado en determinados principios (Bruscia, 1998a, p.115).

En este caso, las técnicas en musicoterapia constituyen el conjunto de recursos de los que se vale la Musicoterapia en su puesta en práctica. A continuación, se detallarán cuáles son las principales técnicas musicoterapéuticas.

### **3.5.1. TÉCNICAS MUSICOTERAPÉUTICAS**

Hablar de técnicas en Musicoterapia, se refiere al conjunto de recursos que se utilizan dentro de los diferentes modelos teóricos o ámbitos de aplicación de la musicoterapia, y que nos permitirán alcanzar nuestros objetivos en la práctica clínica diaria. A grandes rasgos, podemos dividir las técnicas en dos grandes grupos o categorías, tomando como punto de partida la "manera de hacer". Por una parte, encontramos las técnicas activas o expresivas; y por otro, las pasivas o receptivas.

Poch (2002), aclara a qué se refiere con la terminología activa y pasiva, que puede llevar a confusión:

La denominación de "activo" o "pasivo" responde al hecho de implicar una acción externa o interna por parte del paciente, por ejemplo, la acción "externa", visible, de tocar un instrumento, de bailar, de cantar... o la acción "interna" de escuchar, de imaginar, de sentir... En cuanto a denominar métodos creativos sólo a los métodos externos no se ajusta a la verdad ya que la acción interna del oyente puede ser tanto o más creativa que la externa. Más aún: la acción creativa interna es la base de cualquier forma de creación externa (p. 38).

Precisamente por esto, los términos "expresiva" y "receptiva" son hoy los más utilizados hoy en día. Dentro de las técnicas expresivas, encontramos todo tipo de actividades que implican cantar (escribir canciones, modificar las existentes,

improvisar con la voz, etc), tocar instrumentos (de manera improvisada, o bien reproduciendo algo conocido o ensayado) y moverse con la música (psicodrama musical, danzar de manera libre o estructurada-ensayada, etc) (Poch, 2002).

Por otra parte, se encuentran las técnicas receptivas, que son aquellas basadas en la audición musical, en las que paciente escucha la música y responde a la experiencia de varias posibles maneras: en silencio, verbalmente, o mediante otras formas (escribiendo, plásticamente o moviéndose). La música puede ser improvisada (en vivo o grabada), o bien realizada por el paciente o terapeuta, o bien puede tratarse de grabaciones de música registrada de diversos estilos. Todo ello puede permitir abordar el trabajo de aspectos emocionales, físicos, intelectuales, estéticos, espirituales, etc, dependiendo que se trabajen unos aspectos u otros en base a las necesidades u objetivos terapéuticos del paciente (Bruscia, 2007).

### **3.5.2. MÉTODOS Y MODELOS OFICIALES EN MUSICOTERAPIA**

Desde la aparición de la primera formación de Musicoterapia en EEUU en 1950, la Musicoterapia comienza a desarrollarse, tomando contacto e influencia con las diferentes corrientes filosóficas y psicológicas. A partir de ello, empiezan a gestarse diferentes enfoques que tienen en común la utilización de la música como agente terapéutico, aunque existen diferencias sustanciales en lo que respecta a su constructo teórico y puesta en práctica (Bruscia, 2007).

Hoy en día, son muchos los abordajes en Musicoterapia que existen, pero sólo como han recibido la consideración de Métodos o Modelos Oficiales, reconocimiento que les fue otorgado por su historia, teoría, práctica clínica, investigación y capacitación formativa. Los que ostentan este reconocimiento son el Método BMGIM de Imágenes Guiadas y Música (desarrollada por Helen Bonny), Método de Musicoterapia Analítica (desarrollada por Mary Priestley), Método de Musicoterapia Creativa (desarrollado por Paul Nordoff y Clive Robbins), Modelo de Musicoterapia Benenzon (desarrollado por Rolando Benenzon), y Método Conductista de Musicoterapia (desarrollado, entre otros, Clifford K. Madsen). Este reconocimiento fue dado por la comunidad

musicoterapéutica a través de su principal organismo, la Federación Mundial de Musicoterapia WFMT, en el IXº Congreso Mundial de Musicoterapia celebrado en Washington, en EE.UU, celebrado en 1999 (Wigram et al., 2005).

A continuación, se hará un breve recorrido por estos cinco modelos-métodos y sus peculiaridades.

#### 3.5.2.1. Modelo Benenzon

Es un modelo que toma como referencia el psicoanálisis. Nace a finales de los años 60' del siglo XX. Su creador, Rolando Benenzon, es el padre de la musicoterapia latinoamericana. Basa su intervención en la creación-apertura de canales de comunicación con el paciente a través de un elemento intermediario (por lo general un instrumento musical), y a partir de ahí se puede comenzar a recuperar el paciente.

Trabaja con el inconsciente (concepción freudiana), a lo que Benenzon añade sonoridad y movimiento, lo que denominará como “concepto de ISO”<sup>18</sup>. En este espacio inconsciente, existen dos tipos de ISO: universal que se encuentra en sonoridades como el ritmo cardíaco, la respiración...; y el ISO gestáltico, que serían el conjunto de sonoridades que recibiría el feto durante el embarazo (Benenzon, 2000).

---

<sup>18</sup> ISO= Siglas de Identidad Sonora

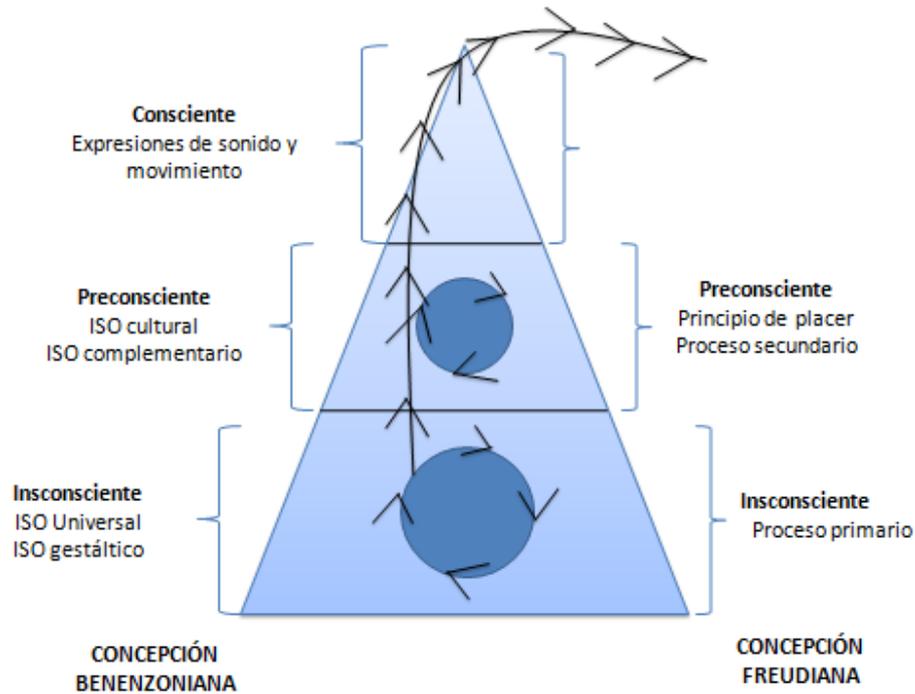


Figura 12. Sistema psíquico humano, comparando la concepción Freudiana (derecha) con la concepción Benenzoniana (izquierda). Adaptado de “Modelo Musicoterapéutico de Benenzon”, por Benenzon, R. O., 2000, p. 330.

El trabajo terapéutico en este modelo se desarrolla dentro de lo que se denomina musicoterapia improvisacional, utilizando para la comunicación entre terapeuta y paciente los denominados objetos intermediarios, que pueden ser objetos sonoro-musicales, el cuerpo en el espacio, y la voz no hablada (Benenzon, 2000).

El modelo Benenzon propone formación para poder especializarse en su método a través de varios seminarios (organizados en 4 niveles), llamado Musicoterapia Didáctica. En España, existe la posibilidad de formarse como terapeuta “técnico especialista” en varios lugares (Romero, 2017).

### 3.5.2.2. Método Psicoanalítico en Musicoterapia

Su creadora, a principios de los años 70’, fue Mary Priestley, musicoterapeuta. Se basa en las teorías de Freud, y utiliza la improvisación y el diálogo musical para explorar el inconsciente del paciente. Así lo describe la propia Priestley:

La Musicoterapia Analítica es el nombre que ha predominado para el uso simbólico y analíticamente fundado de la improvisación por parte del musicoterapeuta y el cliente. Se utiliza como una herramienta creativa con la que explorar la vida interior del cliente para proporcionar el camino hacia el crecimiento personal y hacia un mayor autoconocimiento (Priestley, 1994, p.3).

La improvisación que realiza el paciente está motivada por la memoria, los sentimientos, sensaciones, etc. Aunque en principio se utilizaría para pacientes adultos, también puede emplearse con niños en un marco lúdico. En el método psicoanalítico, el paciente describe un problema concreto, se le pone un título, el paciente improvisa con instrumentos que elige él mismo mientras que el terapeuta observa (puede intervenir). Las sesiones son grabadas, para que puedan ser comentadas posteriormente (Wigram et al., 2005).

Se utilizan instrumentos de pequeña percusión y de láminas, aunque el terapeuta puede utilizar instrumentos como el piano. Es muy importante delimitar el espacio destinado a la improvisación y el espacio del debate-verbalización (al inicio y final de la sesión) (Priestley, 1994).

El doctor noruego Even Ruud (una de los teóricos más importantes en musicoterapia a nivel Mundial junto con Bruscia) describe cómo es la práctica que se realiza aquí. Él lo define como un método de improvisación, en el que el paciente generalmente toca instrumentos variados de percusión sin necesidad de tener ningún conocimiento previo en su manejo. Por su parte, el terapeuta utiliza el piano con la finalidad de estimular, controlar, contener todo lo que el paciente expresa, animando musicalmente al paciente a que explore y cree su propia música en un ambiente sonoro-musical totalmente libre (Ruud, 1990).

### 3.5.2.3. Método Conductista en Musicoterapia

Está basado en la psicología conductista que surge en EE.UU., tomando como referentes los trabajos de Watson y Skinner. Una de las premisas principales de esta orientación comportamental queda aquí bien definida: “El terapeuta comportamental se ocupa principalmente del comportamiento, es decir, de

aquellas actividades de un organismo que pueden ser observadas por otro organismo o por los instrumentos de un experimentador” (Ruud, 1990, p. 75).

Uno de los primeros autores en escribir sobre la aplicación de las teorías comportamentales a la Musicoterapia fue Clifford Madsen, de la Florida State University. Junto con Cotter, ya en 1966 publicaron un artículo en el que describían la Musicoterapia Conductista por primera vez. Desde el prisma conductista, la música es utilizada en el tratamiento de las conductas de varias maneras: como impulso o estímulo, como estructura temporal y de movimiento corporal, como centro o foco de atención, y como recompensa (Wigram et al., 2005; Mercadal-Brotons, 2000). El propio Madsen y sus colegas musicoterapeutas de la conducta, recogen así su concepción de la utilización terapéutica de la música como una herramienta de modificación comportamental:

La Musicoterapia es un método de manipulación comportamental y puede, por lo tanto, ser automáticamente considerada como dentro de la esfera del movimiento de modificación comportamental. Tal vez se deba investigar una re-definición de la Musicoterapia según lineamientos comportamentales. Esto implicaría la necesidad de asociarse a clínicos experimentales con buena formación, tanto en el rigor de la metodología científica como así también en los múltiples aspectos de la interacción clínica. De esta manera, la Musicoterapia podría ocupar su lugar en el desarrollo de la escuela comportamental de aplicaciones clínicas, un lugar que merece plenamente y al cual pertenece en virtud de su forma de manipulación comportamental (Madsen, Madsen y Cotter, 1968, p.69).

El método conductista aplicado a la Musicoterapia toma como punto de partida la/s conducta/s a modificar en el individuo. Una vez identificada/s la/s conducta/s a modificar, se evalúa, para obtener información diversa, como el historial clínico, o el papel que desempeña la música en la vida del paciente. El siguiente paso es realizar el diseño del programa de tratamiento basado en actividades musicales, para poder llevarlo a cabo. Mientras se lleva a cabo el tratamiento, se recogen datos sobre las respuestas del paciente, para poder

evaluar el proceso, y decidir si está siendo útil o no. La musicoterapia conductista se ha venido aplicando en la medicina general, en geriatría, o en educación especial (Mercadal-Brotons, 2000).

#### 3.5.2.4. Método de Musicoterapia creativa o Método Nordoff – Robbins

Nace en el año 1959, partiendo del trabajo conjunto de Paul Nordoff (pianista y compositor) y Clive Robbins (profesor de educación especial), que trabajaron utilizando la música como herramienta terapéutica en el tratamiento de niños con discapacidad física e intelectual. Es un modelo que parte de la terapia humanista, tomando en un primer momento las ideas en un principio de Steiner y el movimiento antroposófico (dentro de la psicología humanista), e incorporando después otros conceptos humanísticos de Maslow (como experiencia cumbre, autorrealización, desarrollo de talentos artístico-creativos, etc) (Wigram et al., 2005). Desarrollaron la idea de que dentro de cada ser humano hay una reacción innata a la música, pudiendo acceder al “niño musical”<sup>19</sup>. Con esta premisa, cualquier persona puede participar de la música, incluso niños con un grado de discapacidad severo, puede no sólo pueden percibir la música, sino además responder creativamente a ella (Lorenzo e Ibarrola, 2000).

Para su puesta en práctica, necesita un musicoterapeuta (que es el que se sienta al piano), y un coterapeuta, que ayuda a la improvisación al paciente. El principal objetivo es conseguir que el paciente se exprese a través de los instrumentos. Es una terapia individual y enfocada sobre todo a niños con autismo, retraso mental, problemas sensoriomotrices, etc (Wigram et al., 2005). Así describe Ruud lo que acontece en una sesión de este método, tras observar el trabajo de sus creadores:

---

<sup>19</sup> Término referido a nuestra inteligencia musical innata, que nos hace comprender y poder responder de manera creativa a la música.

El método implica crear una situación musical donde el niño participe activamente, por ejemplo tocando el tambor o el platillo mientras Nordoff improvisa música en el piano. Con su habilidad musical y su extraordinaria sensibilidad hacia las respuestas musicales espontáneas del niño, Nordoff consigue llevar al niño a una situación musical probablemente inolvidable. Robbins también participa de la situación, ayuda al niño a manipular los instrumentos y lo apoya en esa experiencia nueva, frecuentemente dramática (Ruud, 1990, p. 106).

#### 3.5.2.5. Método Bonny de Imaginación Guiada con Música (BMGIM)

El método BMGIM fue gestado en la década de los años 60' per Helen Bonny, y es un método que difiere de los anteriores en que únicamente utiliza la música grabada o editada, con la finalidad de explorar las imágenes que afloran del inconsciente del viajero-paciente-cliente-usuario-beneficiario, todo ello en un estado no ordinario de conciencia, previamente inducido por una relajación realizada por el terapeuta.

Este método ha sido el utilizado en el posterior estudio, y se justifica por varias razones. Una de ellas es que el autor de esta tesis es un musicoterapeuta formado, entrenado y acreditado en este método de trabajo desde la Musicoterapia. Además, estudios anteriores en otro tipo de poblaciones muestran que resultó un método exitoso (Beck, 2012; Beck, Hansen & Gold, 2015; Torres, 2015a, 2015b), por lo que se decidió que el método BMGIM podía ser un buen abordaje para pacientes con EII. Este método será tratado de manera amplia en el siguiente apartado.

### **3.6. EL MÉTODO DE MUSICOTERAPIA DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM)**

El método BMGIM constituye hoy en día uno de los modelos reconocidos por la comunidad internacional musicoterapéutica, siendo merecedores de esta distinción aquellos abordajes que habían desarrollado un cuerpo teórico y práctico sólido, con programas de formación específicos como entrenamiento para nuevos terapeutas, y que además promovían la investigación científica

como vía de crecimiento del propio método y de la disciplina que los ampara, la Musicoterapia. BMGIM es un método de trabajo que se enmarca dentro de la Psicología Transpersonal, y que utiliza la música editada para explorar la psique a través de Estados No Ordinarios de Conciencia (Wigram et al., 2005).

En los apartados que siguen, se desarrollará una aproximación hacia los aspectos que rodean al BMGIM: la historia sobre su creación y desarrollo posterior, las premisas básicas que determinan la idiosincrasia propia del método, los autores y corrientes psicológicas que influyeron en él, así como el papel de la música y los elementos que forman parte del GIM.

### **3.6.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL MÉTODO DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM)**

El Método Bonny de Imaginación Guiada y Música (*Bonny Method of Guided Imagery and Music*) es un método de psicoterapia musical profunda que facilita la exploración de la conciencia a través de la música clásica.

Se desarrolló como método gracias a la investigación y práctica de Helen Lindquist Bonny (1921-2010) violinista de origen sueco de la Orquesta Sinfónica de Maryland. Bonny estudió en Kansas con el padre de la Musicoterapia, E. Thayer Gaston, donde recibió su licenciatura en educación musical, con especialización en musicoterapia. Empezó su interés en este campo a través de la investigación que realizó para terminar sus estudios de Máster en Hospital de veteranos de Topeka<sup>20</sup>, donde conoció al doctor Kenneth Godfrey, que estaba involucrado en los experimentos con LSD<sup>21</sup>. Entre los integrantes de esta investigación de Topeka se encontraban el investigador de la conciencia John Lilly, el psiquiatra jefe del proyecto Walther Panke, y Stanislav Grof (investigador de los estados no ordinarios de conciencia con LSD, de origen checoslovaco, considerado uno de los padres de la Psicología transpersonal; todos ellos pioneros en este nuevo campo de la exploración de la conciencia (Gobantes, 2009). Tanto Pahnke como Grof mostraron interés

---

<sup>20</sup>Topeka es la capital del estado de Kansas, en Estados Unidos.

<sup>21</sup> Estas siglas son un acrónimo de origen germánico, "*LysergSäure-Diethylamid*", también conocida como LSD-25. En castellano, "Dietalamida del Ácido Lisérgico", una sustancia con potentes propiedades alucinógenas.

en las ideas de Bonny acerca de la capacidad que tenía la música para facilitar lo que ellos denominaban experiencias místicas. La invitaron a unirse a la investigación de LSD que se estaba desarrollando en el Centro de Investigación Psiquiátrica de Maryland, concretamente en el Hospital del Estado de Spring Grove en Catonsville. En el caso de Bonny, fue su extensa experiencia con la meditación, la oración, el misticismo y los estados no-ordinarios de consciencia lo que finalmente decantó su cualificación para el puesto. En calidad de adjunta de investigación, Bonny asistió a las sesiones de drogas, mantenía contacto con el resto de investigadores y ayudó a elegir música editada o grabada para las prolongadas sesiones de LSD (Clark, 2002).

Este proyecto, que inicialmente estuvo encabezado por el Dr. Walter Pahnke, pasó a ser dirigido tras su muerte el Dr. Stanislav Grof. Los experimentos con LSD y música en este centro se hicieron dentro del tratamiento de pacientes terminales y de drogodependientes. En estas experiencias se utilizaban músicas pre-grabadas, escogidas por Helen Bonny, de acuerdo con la intensidad de la experiencia con la droga, para apoyar los estados alucinógenos de los individuos. La experiencia con un grupo de 117 pacientes alcohólicos utilizando LSD junto con música grabada, siendo este el grupo que había experimentado una más profunda, y el que tuvo el mayor porcentaje de rehabilitación y de adaptación global (Bonny & Pahnke, 1972).

Todos los terapeutas que participaban de esas experiencias consideraban que la música era un elemento esencial para la terapia con LSD, y su elección era crucial para apoyar y facilitar los distintos estadios psicológicos que se alcanzaban y expresaban en la sesión con LSD. Así describieron Bonny & Pahnke (1972), cómo era el trabajo con música en estas experiencias:

La extrema vulnerabilidad de este estado requiere un uso sensible y responsable del medio. El terapeuta elige las grabaciones que serán interpretadas en las diversas fases de la acción de la droga porque, a través de una experiencia repetida, ha encontrado que algunas selecciones son mucho más efectivas que otras. Su elección está también determinada por la reacción del paciente al material de la sesión en desarrollo. En los momentos críticos de una sesión el terapeuta puede usar la música variablemente para comunicar un sentimiento de tranquilidad, para profundizar una experiencia o para guiar al paciente a un área de confrontación terapéutica (Bonny & Pahnke, 1972, p. 76).

A principios de los años 70, el trabajo de investigación con LSD finalizó debido a cambios en la política estadounidense. Los investigadores tuvieron que buscar pues, otros medios para seguir investigando la conciencia humana, ahora sin LSD. Helen Bonny empezó entonces a explorar el uso de la música y la imaginación sin LSD. Pronto pudo darse cuenta que el LSD era prescindible, porque la música, cuando era escogida con "conocimiento y discriminación, podía ella sola producir un estado alterado de conciencia, lo que permite una participación y observación simultáneas" (Bonny & Pahnke, 1972, p. 76). Bonny tenía la firme creencia que la música sola era lo suficientemente poderosa para estimular la imaginación, sin necesidad de drogas. Investigó nuevos usos con la música como único estímulo, y descubrió que los pacientes recordaban las imágenes y los sentimientos que habían experimentado con más detalle que bajo la influencia del LSD.

Los experimentos de Bonny solamente con música demostraron dos grandes ventajas al compararlos con el uso de LSD. Por una parte, el sujeto se encontraba con mayor control que cuando estaba bajo la influencia de las drogas. Y además, los estados provocados por las drogas podían durar muchas horas e incluso días, mientras que a través de la experiencia con música se puede alcanzar en un período breve.

En 1972 Bonny fundó el *Institute for Consciousness and Music*<sup>22</sup>, y estuvo dirigiéndolo y entrenando terapeutas para trabajar con su método hasta 1986. Después, Bonny continuó su trabajo en los campos de la música y los estados no ordinarios de conciencia, dejando el testigo de la formación y divulgación del método a sus discípulos, que a partir de ese momento adquirieron el compromiso de seguir formando musicoterapeutas especializados en BMGIM (Mendes, 2000).

Hoy en día, para poder ser terapeuta GIM, se requiere una formación específica aparte de la general en Musicoterapia. Actualmente EE.UU. es el principal motor, con varias corrientes y formaciones, entre las que destaca el *Atlantis Institute*<sup>23</sup>. El modelo BMGIM lleva ya años realizando formaciones en Europa, incluso en España, donde actualmente encontramos dos formaciones, una en Vitoria y otra en Barcelona, formaciones avaladas por el *Atlantis Institute* y reconocida por *The Association for Music and Imagery (AMI)*<sup>24</sup>.

### **3.6.2. ASPECTOS GENERALES SOBRE EL MÉTODO BONNY DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM)**

El método de Musicoterapia de "Imaginación Guiada con Música" o BMGIM, trabaja principalmente con dos aspectos: por una parte, con la posibilidad que ofrece la audición musical para provocar la sinestesia en el individuo que a percibe; y por otro lado, la percepción amplificada dentro de los estados no ordinarios de conciencia (ENOC). Sobre esto mismo, la propia Bonny indicaba que en método BMGIM se utiliza la música "(...) para alcanzar y explorar los niveles extraordinarios de la conciencia humana" (Bonny y Savary, 1994, p. 13).

---

<sup>22</sup> En castellano, "*Instituto para la Conciencia y la Música*". Hasta 2010, su nombre era "*Middle Atlantic Institute*". Hoy en día, su nombre es "*Atlantis Institute for Consciousness and Music*", cuya web es <http://www.atlantisicm.com/>, consultada el 3 de marzo de 2017.

<sup>23</sup> Modo abreviado de *Atlantic Institute for Consciousness and Music*.

<sup>24</sup> Es la asociación norteamericana creada por musicoterapeutas profesionales formados en el BMGIM. El propio autor del trabajo es miembro de esta asociación, información que puede consultarse en el link <https://ami-bonnymethod.org/find-a-practitioner/detail/v.-alejandro-march-lujan>, consultada el 3 de marzo de 2017.

El método original utilizaba como técnica principal la audición musical, para la cual fueron organizadas por Helen Bonny 21 cintas que contenían programas con varias piezas de música clásica, siendo revisadas y modificadas por la propia Helen Bonny y por otros terapeutas que utilizan el método. Recientemente, estas cintas originales fueron pasadas a formato digital CD por Kenneth Bruscia, llegando a un total de 45 programas, confeccionados para ayudar a las personas a buscar, a través de estos niveles desconocidos o poco habituales de la conciencia, el crecimiento y el bienestar (Clarkson y Torres, 2010).

Alguno de los procedimientos realizados en el GIM, como la entrevista inicial y el contrato, son comunes a otras formas de terapia como la musicoterapia activa o interactiva. Sin embargo, las sesiones en sí mismas son muy diferentes a las técnicas de improvisación, recreación, o composición musical, por citar solamente algunas de las más utilizadas (Bonny y Savary, 1994).

En el año 1999, coincidiendo con los preámbulos del IX congreso Mundial de Musicoterapia de Washington (cuando obtuvo el reconocimiento de método oficial de Musicoterapia), varios formadores de BMGIM se reunieron para elaborar una declaración conjunta titulada los “Fundamentos del Método Bonny”, a partir de las premisas que la propia Bonny había esbozado un año antes. Lo que sigue es una síntesis de este documento:

- El Método Bonny es una psicoterapia holística y transformativa que abarca muchos niveles de conciencia, desde lo psicodinámico hasta lo transpersonal. Es también una psicoterapia orgánica, que se desarrolla desde el interior del viajero<sup>25</sup>, y en la cual el terapeuta sólo sigue el hilo marcado por el mismo. El proceso terapéutico tiene lugar principalmente durante la experiencia musical, mientras la persona viaja por sus propios símbolos, imágenes y emociones. Se establece una conexión con el “sanador interior”, es decir, con la capacidad innata del cuerpo y la psique para sanarse.

---

<sup>25</sup> Al tratarse de un viaje imaginario con música, en BMGIM suele referirse al paciente o cliente como “viajero”

- El principio rector del BMGIM es la música: es co-terapeuta, generadora de imágenes, integradora de experiencias, apoyo para la catarsis y facilitadora de diálogo interno, entre otras cosas. La música es capaz de iniciar el movimiento de la psique y promover la integración de la mente, el cuerpo y el espíritu.
- En un estado de conciencia expandido, la psique es capaz de tener una visión específica y holística de sí misma y del universo: el proceso mira al pasado, al presente y al futuro.
- El crecimiento humano es un continuo que va desde las necesidades del ego-persona a las realizaciones transpersonales y espirituales.
- El BMGIM es una exploración auto-limitante del yo: el viajero posee el control. Puede decidir entrar o no entrar en una secuencia de imágenes difícil o desafiante.
- La psicología transpersonal aporta al método la combinación de conceptos filosóficos orientales y occidentales.<sup>26</sup>

### **3.6.3. FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS DE MÉTODO BONNY DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM): AUTORES Y CORRIENTES INFLUYENTES**

Aunque se considera al método BMGIM un método humanista en su praxis y base teórica, este utiliza la música para acceder a partes “poco habituales de nuestra conciencia”, que facilita la entrada en “estados no ordinarios de conciencia” (ENOC). Por tanto, la música actúa como un guía en el viaje imaginario por nuestra psique. Es por ello que el BMGIM tomó como referencia los trabajos de autores de orientación psicoanalítica, que ya se habían adentrado en la investigación de los distintos estratos de la psique humana por

---

<sup>26</sup> Estos principios o premisas básicas son una síntesis realizada por el autor del trabajo a partir un documento interno publicado por Helen Bonny, aprobado por los formadores posteriores (Carol Bush y otros). Pueden acceder a ella los terapeutas registrados (el autor de este trabajo es miembro de esta asociación), a través del espacio para miembros o “*Member’s Area*” en la web de la Asociación de Imaginación Guiada [www.ami-bonnymethod.org](http://www.ami-bonnymethod.org), consultada el 3 de marzo de 2017.

medios diversos, especialmente aquellos que utilizaron las técnicas basadas en el uso de la imaginación, libre o guiada.

Es por ello que para comprender este método es necesario dar una visión de algunos conceptos relacionados con el Psicoanálisis, la Psicología Humanista y la vía transpersonal, pues todos ellos constituyen los cimientos donde se asentó el método BMGIM, creado por la musicoterapeuta Helen Bonny.

La finalidad de este apartado, que va desarrollarse a continuación, consiste en analizar las influencias teóricas que tomó Bonny en la construcción de BMGIM dentro de los autores que, dentro de la corriente psicoanalítica o humanista-transpersonal, utilizaron en terapia métodos de exploración psíquica mediante el uso de la imaginación. Con cada influencia, se comentará cómo se aplica en la práctica de BMGIM.

#### 3.6.3.1. Autores psicoanalíticos: Freud, Jung y Leuner

Uno de los primeros autores influyentes en Bonny fue Sigmund Freud (1856-1939), tomando de él especialmente todo el trabajo relacionado con la libre asociación y el análisis de sueños. Aunque ya anteriormente otros autores habían empleado las imágenes en el trabajo terapéutico, Sigmund Freud fue quien empezó a ser extensamente reconocido por el uso de imágenes en psicoanálisis. Freud desarrolló una técnica de imágenes en la cual él presionaba la cabeza del paciente y le invitaba a observar las imágenes que aparecían cuando el dejaba de presionar. Freud relató que los pacientes veían en una rápida sucesión, varias escenas relacionadas con temas terapéuticos importantes (Meadows, 2002).

Sin embargo, Freud pronto abandonó su enfoque sobre esta técnica de imágenes, ya que comenzó a considerar las imágenes como una forma de resistencia. A partir de ese momento, se centró en dos técnicas para acceder al inconsciente, y que han llegado a ser sinónimos del psicoanálisis: la libre asociación y la interpretación de los sueños. El propio Freud comenta las diferencias entre la asociación libre y anteriores técnicas, entre ellas, el hipnotismo:

Más adelante observé que no era preciso ejercer gran presión sobre el sujeto y que en el paciente emergían casi siempre numerosas asociaciones; lo que sucedía es que tales asociaciones eran desviadas de la comunicación, e incluso de la consciencia, por ciertas objeciones que el sujeto se hacía. De la esperanza, indemostrada aún por entonces y confirmada luego por abundante experiencia, de que todo lo que el paciente asociara a cierto punto de partida tenía que hallarse también en conexión interna con él mismo, resultó la técnica consistente en mover al paciente a renunciar a toda actitud crítica y utilizar el material de asociaciones, así extraído a la luz para el descubrimiento de las conexiones buscadas. Una intensa confianza en la determinación estricta de lo psíquico contribuyó también a la adopción de esta técnica que había de sustituir al hipnotismo (Freud, 1923, p. 4).

En la “libre asociación”, Freud instaba a sus pacientes a expresar todo lo que les venía a la mente, a veces sin más explicación, y en otras ocasiones desde una palabra, un sueño o una cuestión asociada con un tema terapéutico de ese momento. Freud se dio cuenta que cuando el paciente se bloqueaba y no podía continuar haciendo asociaciones libremente, había encontrado un punto de resistencia que era importante para la terapia. Era en ese punto donde él intervenía verbalmente, para explorar más allá y trabajar a través de esa resistencia (Meadows, 2002).

Comparando la libre asociación y BMGIM, se aprecia que ambos coinciden en el enfoque para acceder al material de la psique del paciente, y en la postura reclinada durante la terapia. La libre asociación es diferente en cuanto a que la intención de la técnica es complementar al análisis verbal, mientras que en BMGIM la experiencia con imágenes es el centro de la terapia con el cliente. De hecho, la libre asociación puede no utilizar ninguna imagen visual, haciendo uso de asociaciones inconscientes entre palabras. En BMGIM el terapeuta entra dentro de la experiencia con el cliente, “sumergiéndose” en las imágenes del cliente, mientras que en la libre asociación, el analista se mantiene al margen del paciente, y no realiza intervenciones durante las asociaciones. Otra sutil diferencia es que, mientras en el psicoanálisis se denomina paciente al

analizado, en BMGIM el término que se utiliza es el de cliente. Ambos términos tienen diferentes significados, y pueden implicar una diferencia en cuanto a la relación cliente-terapeuta. Además, en BMGIM el cliente normalmente para comenzar recibe una relajación-inducción y una imagen, mientras que en la libre asociación hay poca o ninguna preparación del paciente. Finalmente, en la libre asociación no se utiliza música (Meadows, 2002).

Continuando con Freud, este desarrolló un segundo método psicoanalítico, denominado “la interpretación de los sueños”. Se dio cuenta de que los sueños eran “el camino real hacia el inconsciente” y él nunca dudó de la importancia de ellos. Durante el curso de una sesión terapéutica, Freud hacía que los pacientes relataran los sueños que habían tenido desde la última sesión terapéutica. Él escuchaba el relato de sus sueños, y les invitaba a profundizar en el sueño, revisando ciertas partes o buscando asociaciones con el sueño. A partir de las asociaciones del paciente, Freud entonces trabajaba verbalmente con él para que fuera consciente de la naturaleza del sueño. Al mismo tiempo, Freud analizaba el sueño de acuerdo con su propio sistema de interpretación. Así relata cómo se llevaba a cabo la técnica de interpretación de los sueños:

No se confía al ingenio del onirocrítico, sino que transfiere la labor en su mayor parte al sujeto mismo del sueño, interrogándole sobre sus asociaciones a los distintos elementos del sueño. Persiguiendo estas asociaciones se llega al conocimiento de ideas que corresponden por completo al sueño, pero que se dejan reconocer -hasta cierto punto- como fragmentos plenamente comprensibles de la actividad psíquica despierta (Freud, 1923, p.6).

Comparando BMGIM con la interpretación de los sueños freudiana, se puede apreciar que ambos consideraban a las imágenes como una expresión del inconsciente. Tanto Bonny como Freud se dieron cuenta de que dichas imágenes eran un camino para que la psique pudiera comunicarse, y contenían valiosa información sobre el estado del paciente. No obstante, Freud sólo procesaba los sueños, mientras Bonny trabajaba con toda clase de fenómenos de imágenes. Igual que Bonny, Freud animaba al cliente a interactuar en orden con las imágenes para aumentar un entendimiento más profundo de las

imágenes. De todas formas, Freud se centró casi exclusivamente en el proceso verbal dentro de su propio sistema interpretacional, mientras que Bonny se centró más en ayudar al cliente a entender el significado de las imágenes dentro del constructo propio del cliente. Por otra parte, aunque no está totalmente claro, parece que Freud preparaba poco al paciente para recordar el sueño, mientras que Bonny preparaba al paciente antes de la experiencia de imágenes con música (Meadows, 2002).

Otro autor que influyó poderosamente en el método BMGIM, fue el psiquiatra psicoanalítico suizo Carl Gustav Jung (1875-1961). Al contrario que Freud, Jung consideraba las imágenes mentales como un proceso creativo integral de la psique, empleado para obtener una mayor integración individual, interpersonal y espiritual (Meadows, 2002). Jung afirmaba que “la psique está constituida por imágenes. Son una serie de imágenes en el sentido más verdadero, y no una secuencia o yuxtaposición accidental, sino una estructura que está cuidadosamente llena de significado e intención” (Jung, 1960, citado en Stein, 2004, p.74).

Jung desarrolló dos técnicas que influyeron en el método BMGIM, técnicas que tenían como materia prima el material de la psique en forma de imágenes. Estas fueron el análisis de los sueños y la imaginación activa.

Jung concebía los sueños como las imágenes más puras de la psique, y las utilizaba de dos formas. Primero, los pacientes traían los sueños a la terapia, y después los trabajaban en el curso del análisis. Por ejemplo, se les podía pedir a los pacientes que volvieran a la imagen del sueño, reimaginando el sueño para reconectar con alguno de sus aspectos. Se trabajaba sobre ello verbalmente en la sesión de terapia, aunque se ponía siempre el énfasis en la experiencia del sueño. Además, Jung interpretaba los sueños de acuerdo con su propio entendimiento de la psique y los veía como parte central de su método de análisis. Precisamente sobre los sueños, Jung afirma que “uno podría decir que en sueños nosotros experimentamos mitos y fantasías, no como cuando los leemos estando despiertos, sino como si sucedieran realmente en nuestras vidas” (Jung, 1939, citado en Jacobi, 1973, p.73).

BMGIM y la interpretación de los sueños coinciden en la importancia concedida a las imágenes y a las experiencias con imágenes de los clientes. De hecho, Bonny consideraba que tanto la teoría de Jung como BMGIM están interesados en entender e integrar todos los aspectos (psicológico, físico, social, espiritual) de la experiencia humana con experiencias del inconsciente colectivo. Además, tanto Bonny como Jung, valoraban las experiencias afectivo-emocionales con las imágenes, y no se fijaban únicamente en las reflexiones verbales de las imágenes y/o de las experiencias con imágenes. Así pues, ambos creían que la “curación” podría darse dentro de la experiencia actual o de la reexperiencia con las imágenes. En lo que respecta a la experiencia con imágenes en el que estos métodos podrían discrepar es en el rol del terapeuta. En BMGIM el terapeuta encamina al cliente a entender sus problemas, mientras que en el análisis de Jung el terapeuta utiliza un sistema interpretacional específico para ayudar al paciente a entender el sueño y como se relaciona este con su vida. Hay otra diferencia entre los dos métodos que ya se ha mencionado anteriormente al referirse a Freud: en GIM es el cliente quien entra en relación con el terapeuta, mientras que en el análisis de Jung al que entra en relación con el terapeuta o analista se le denomina paciente. Esto puede implicar una diferencia entre dichos métodos en cuanto a la relación entre cliente/paciente y terapeuta/analista (Meadows, 2002).

Otra diferencia que se da es en la preparación para la experiencia con imágenes. En BMGIM, a los clientes se les prepara con una relajación-inducción e imágenes enfocadas por el terapeuta, mientras que en el análisis de los sueños, el paciente, él solo, aprende a relajar su mente y su cuerpo. Finalmente, mientras que en BMGIM, la escucha de música es primordial, en la interpretación de los sueños de Jung no se utiliza música en ningún momento (Meadows, 2002).

Por otra parte, Jung también desarrolló un método para acceder al inconsciente conocido como Imaginación Activa. Jung ideó este término para describir el compromiso consciente del paciente con las imágenes del inconsciente. Hay dos cualidades importantes en la imaginación activa de Jung. La primera es que las imágenes desarrollan su propia vida, esto es, la “historia” de las

imágenes toma vida para el paciente. La segunda, es que estos hechos simbólicos se desarrollan de acuerdo con su propia lógica. Por lo tanto, Jung se fijaba mucho en las experiencias del paciente y en lo que revelaban las imágenes. Estas eran dimensiones importantes para entender al paciente. La imaginación activa es esencial en el método terapéutico de Jung y especialmente desarrollado para ser utilizado hacia el final de la terapia para que el paciente vaya independizándose del analista (Jung, 1977).

Tanto BMGIM como la imaginación activa dan importancia a la experiencia espontánea de las imágenes del cliente, donde se entiende que estas imágenes son la expresión directa de la psique, tanto consciente como inconsciente. Bonny y Jung, además del proceso verbal de las imágenes, valoraban la experiencia vivida con las imágenes. A pesar de estas coincidencias, BMGIM y la imaginación activa tienen muchas diferencias. Mientras que la experiencia con imágenes es esencial en la sesión de BMGIM, en la imaginación activa, los clientes pueden conducir sus propias experiencias fuera de las sesiones, así como reimaginarlas dentro de la sesión. Por lo tanto, los clientes no necesitan al terapeuta para la experiencia con imágenes, mientras que en BMGIM el terapeuta es una parte integral de las imágenes comprometido con la experiencia del cliente. Además, mientras en BMGIM al cliente se le ofrece siempre una preparación antes de la experiencia con imágenes, en la imaginación activa se les prepara poco, tan sólo una relajación de la mente y el cuerpo, y a continuación se le invita a “encontrar un lugar tranquilo”. Además, mientras que en BMGIM el terapeuta está siempre comprometido con la experiencia de imágenes del cliente, durante la imaginación activa no está clara qué parte activa juega el analista Junguiano. Finalmente, la imaginación activa no utiliza la música durante la experiencia, aunque algunos terapeutas Junguianos la utilizan en ocasiones para procesar la experiencia (Meadows, 2002).

El doctor Hanscarl Leuner (1919-1996), respetado psiquiatra alemán que investigaba los estados alterados de conciencia, fue otro de los autores de corte psicoanalítico que influyó en el método de Bonny. Este viajó a Maryland a mediados de los años 60' para visitar el centro de investigaciones psiquiátricas.

Allí tuvo un primer contacto con Helen Bonny, y Leuner la animó a trabajar con su método de exploración psíquica mediante imágenes, llamado Imaginación Afectiva Guiada (IAG)<sup>27</sup>, que preparaba al paciente para la evocación de la imaginación visual (Bonny y Savary, 1994). En este método, Leuner desarrolló diez escenas de imágenes estandarizadas (río, casa, montaña, bosque, nombre de una persona del mismo sexo, despertar de un sueño nocturno, entrar en un volcán, pantano, rosal (para hombres), sofá (para mujeres)), dividido en tres niveles de dificultad. Cada escena tiene una función simbólica que permite al terapeuta entender algo sobre el estado del cliente. Leuner ofrecía estas escenas a los clientes para que fueran conscientes de asuntos terapéuticos en los que había que trabajar. Estas escenas de imágenes tenían también una función de evaluación además de ser utilizadas para trabajar los conflictos (Meadows, 2002). En este sentido, Bonny y Savary recogen del propio Leuner, la descripción de la praxis de su técnica:

El paciente se echa en un sofá. Los estímulos exteriores se reducen lo más posible. El cuarto ha de estar en silencio y las luces atenuadas. Entonces se le pide que se relaje. Puede ser recomendable ofrecer algunas sugerencias verbales que ayuden a profundizar la relajación. Entonces el terapeuta comienza con la primera situación estándar, el prado. Se le pide al paciente que imagine un prado, cualquiera que se le ocurra. No se realiza ningún otro comentario. Todo se deja lo más abierto y sin estructuras que sea posible, de modo que el paciente sea capaz de desarrollar su propia imagen de un prado con su sensación asociada de calidad, con suavidad, el terapeuta sigue pidiéndole al paciente que proporcione descripciones detalladas de su imaginación y de las sensaciones asociadas con ella. El terapeuta es, por decirlo así, siempre el acompañante del paciente en su mundo de imaginación (Bonny y Savary, 1994, pp.177-178).

En un principio, la IAG de Leuner se usaba sin música, pero Bonny empezó a utilizarla, por lo que rebautizó la técnica como IAGM (Imaginación Afectiva

---

<sup>27</sup> En inglés, GAI= *Guided Affective Imagery*

guiada y Música), pero pronto se dio cuenta que los pacientes, sin darles unas imágenes como marco o referencia (como hacía Leuner) “fácilmente imaginaron con la música y a menudo tuvieron imágenes de naturaleza similar a las escenas de Leuner, a pesar de que Bonny no había sugerido ninguna escena en particular” (Clark, 2002, p. 21). Ante esto, decidió replantear el nombre, y como quería que la música tuviera la misma importancia que las imágenes, quitó el calificativo de “afectiva”, quedando su técnica denominada con su nombre actual “Imaginación Guiada con Música” o GIM.

BMGIM e IAG tienen muchas cosas en común. Primero, ambos valoran la importancia de la experiencia con imágenes en terapia. Ambos entienden que las imágenes tienen significado tanto personal como colectivo. Ambos utilizan relajación-inducción e imágenes-foco. Ambos confían en estados alterados de conciencia y su potencial sanador. En ambos, el terapeuta se compromete activamente con las imágenes de los clientes. Sin embargo, ambos métodos difieren en aspectos importantes. Mientras Bonny se inspiraba en algunas orientaciones teóricas psicodinámicas, humanísticas y transpersonales, Leuner estaba específicamente influenciado por la teoría de los sueños de Freud, y en cierta medida por los conceptos arquetípicos de Jung (Bonny y Savary, 1994). Si bien había coincidencias, la manera en que se interpretaban las imágenes era distinta en cada método. En BMGIM el terapeuta se compromete en las experiencias con imágenes del cliente para apoyar y facilitar la exposición de la experiencia con imágenes de acuerdo con la estructura psíquica única del cliente. En IAG, el terapeuta actúa de manera similar aunque utilizando preguntas, mientras que en BMGIM se utilizan varias formas de intervención verbal. Además, mientras Bonny desarrolló imágenes iniciales para los clientes, no intentaba sistematizarlas o interpretarlas dentro de un marco teórico específico, mientras que las diez escenas desarrolladas en IAG son interpretadas de manera muy específica. Finalmente, mientras que la música era muy importante en la exposición de la experiencia con imágenes, en IAG sólo se hace referencia muy por encima a la utilización de la música y no está muy clara la manera en que se utiliza esta (Meadows, 2002).

### 3.6.3.2. Autores dentro de la Psicología Humanista-Transpersonal: Grof

Stanislav Grof, psiquiatra, desarrolló la técnica de la respiración holotrópica a partir de su trabajo con la psicoterapia utilizando LSD. Aunque es difícil determinar y datar la génesis de este método, parece que Grof empezó a utilizar este método a finales de los 60, al mismo tiempo que trabajaba en sesiones LSD (Grof, 1988). A través de su trabajo con LSD y otras intervenciones farmacológicas, Grof hizo un mapa cartográfico de la psique humana que él consideraba que existía en cuatro capas entrelazadas y a las cuales los clientes se conectaban o viajaban en sesiones de respiración holotrópica: 1) experiencias abstractas o estéticas, 2) experiencias psicodinámicas, biográficas o recolectivas, 3) Experiencias perinatales y 4) experiencias transpersonales. Grof consideraba que era importante entender todos estos niveles de experiencia para comprender la naturaleza de las experiencias de los clientes, y reaccionar dentro del contexto de la experiencia (Meadows, 2002).

Antes de una sesión con respiración holotrópica, el facilitador<sup>28</sup> da una charla introductoria describiendo la cartografía, el proceso, y dando algunos ejemplos de experiencias que la gente pudiera tener. Aunque Grof empezó a utilizar este proceso en sesiones individuales, se dio cuenta de que el grupo es generalmente más valioso y seguro como contenedor de este proceso. Las sesiones se hacen con los participantes trabajando en parejas, uno sentado y el otro respirando, intercambiando los roles en la siguiente sesión. En las sesiones, el facilitador sugiere que los clientes empiecen respirando profunda y rápidamente, para inducir un estado similar a la hiperventilación. Generalmente, este proceso esto dura unos 45 minutos. En este método de Grof, se utiliza la música durante la experiencia, siendo esta importante para inducir y sostener estados no ordinarios de conciencia (Grof, 1988). Una vez que el cuerpo se llena de energía, el cliente empieza a tener experiencias en forma de imágenes o sensaciones físicas o emociones, en una experiencia continua facilitada por la respiración. Al mismo tiempo, el facilitador atiende al grupo permaneciendo presente y respondiendo a petición del cliente con

---

<sup>28</sup> Así se llama al terapeuta que lleva a cabo una sesión de respiración holotrópica.

intervenciones físicas para acentuar esos síntomas que ocurren como resultado de la respiración. Esta intensa experiencia puede durar unas cuantas horas, dependiendo del cliente. Cuando se termina la experiencia, hay una sesión grupal en la que se anima a cada participante a compartir lo que él o ella cree que ha sido importante en la experiencia, con la finalidad de ampliar y apoyar, y nunca con el objetivo de juzgar la experiencia vivida por la persona de una manera analítica (Grof, 1994).

Como se ha comentado en apartados anteriores, Grof y Bonny trabajaron juntos en el Centro Psiquiátrico de Maryland durante sesiones con LSD, en las que Bonny proporcionaba la música para apoyar estas experiencias psicodélicas. Es por esto que BMGIM y la respiración holotrópica tienen muchas cosas en común. Ambas valoran el desenlace de las imágenes del cliente de acuerdo con las cualidades únicas del cliente y aceptan esto sin hacer juicios de valor. Ambos dan una importancia considerable a la experiencia con imágenes entrando y saliendo de esta experiencia de manera similar. Además, los dos utilizan un prelude (prólogo) verbal, utilizando inducciones a estados no ordinarios de conciencia. También coinciden en la facilitación a estados no ordinarios como vía para acceder al material psíquico utilizando la música. Además, en ambos el terapeuta juega un papel activo con el cliente, y en ambos hay un postlude verbal, que pueden emplear mandalas u otros materiales para procesar el material con imágenes y para terminar la sesión (Meadows, 2002). Al igual que Bonny, Grof concedía una importancia considerable a la música para acceder al inconsciente, y tenía muy en cuenta el trabajo de Bonny en el hospital de Maryland. Ambos tenían una visión similar respecto de la música. En este sentido, Grof refería que:

La música tiende a evocar experiencias poderosas y facilita una liberación emocional profunda y psicósomática. Provee de una estructura dinámica con sentido a la experiencia y crea una onda continua que ayuda al sujeto a avanzar por secuencias y obstáculos difíciles, superar defensas psicológicas y dejarse llevar por el flujo de la experiencia (Grof, 1988, p. 416).

A pesar de tener muchos puntos en común, BMGIM y la respiración holotrópica presentan diferencias. En BMGIM, las sesiones individuales se programan a intervalos regulares mientras que en la respiración holotrópica las sesiones se llevan a cabo en fines de semana de forma intensiva, donde se juntan los participantes y trabajan conjuntamente. Además aunque en BMGIM se puede trabajar en grupos, la manera más común del método es la terapia individual. Por lo tanto, hay una diferencia fundamental en la manera en la que los clientes experimentan las sesiones de BMGIM y la respiración holotrópica. De la misma manera el rol del facilitador es diferente. En GIM el terapeuta es no directivo, apoya y reflexiona sobre la experiencia de los clientes, comprometiéndose activamente en la experiencia con imágenes de los clientes. Por otro lado, en la respiración holotrópica, el rol es de facilitador y no de terapeuta. El facilitador puede ofrecer intervenciones físicas para ampliar las experiencias de los clientes, y sólo en algunos momentos precisos, como en la integración de la experiencia y en el cierre, se compromete con las imágenes de los clientes (Meadows, 2002).

Finalmente, mientras la música se utiliza en ambos métodos, la manera en que se selecciona la música es muy diferente. Bonny seleccionaba la música para BMGIM de acuerdo con procesos formales e intuitivos, analizándola por sus cualidades musicales y utilizaba su propia experiencia en la escucha de música para formular programas musicales para el uso en BMGIM. En cambio, no está tan clara la manera en la que Grof seleccionaba y utilizaba la música. Según Bonny (2002), "Grof seleccionaba la música con el objetivo de dirigirle al cliente rápidamente y directamente a experiencias más profundas con imágenes, particularmente los relacionados con la matriz perinatal" (p. 154). Por lo tanto, las selecciones musicales de Grof son más estridentes, seleccionadas de géneros más variados. Grof parece estar menos preocupado con la forma en comparación con Bonny y la música seleccionada no parece tener el mismo nivel de relación que se puede encontrar en los programas de Bonny. Por lo tanto, parece que aunque Bonny y Grof comparten la forma básica de entender la música, la ponen en práctica de forma diferente.

### **3.6.4. EL PAPEL DE LA MÚSICA EN EL MÉTODO DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM)**

En este apartado, se desarrollará con detalle el rol que desempeña la música dentro de las sesiones de BMGIM, haciendo especial énfasis en su cometido como facilitadora de estados no ordinarios de conciencia (ENOC) así como el acompañamiento durante el viaje musical en ese estado, a modo de “coterapeuta”.

#### **3.6.4.1. Música como facilitadora de estados no ordinarios de conciencia (ENOC)**

La fase de la sesión en la cual se utiliza la música, tiene una secuencia conocida como “el diagrama del viaje”. Esta secuencia usualmente incluye tres niveles de experiencia: el “preludio”, el “puente” (ascensión o descenso a los estados más profundos) y el “centro” o el mensaje de la sesión. Y es la música, evidentemente, la que lleva al paciente a estos momentos distintos (Mendes, 2000).

La música en BMGIM es la parte central de la terapia. Esta es utilizada como una pantalla proyectiva sobre la que el cliente vierte sus contenidos psíquicos inconscientes, apareciendo imágenes que “se mueven” con el devenir musical.

Con la música, la experiencia del viajero puede ser muy variada, provocando en él diferentes respuestas, que se relacionan directamente con diferentes estratos o profundidades de una experiencia en ENOC, que coinciden con la cartografía psíquica enunciada por Grof (1994). Según Bonny y Savary (1994), las respuestas del viajero durante la experiencia a la música pueden ser de 4 tipos:

1. *Nivel sensorial: las metáforas físicas.* Los sentidos del viajero perciben la música de diferentes maneras, pudiendo aparecer sensaciones de variados tipos, pudiendo aparecer mezclas de algunas de ellas, pues hay viajeros “mixtos”: a) Visuales (en forma de imágenes, colores, formas, etc); b) Impresiones kinestésicas (como sensaciones corporales como cosquilleo, cambios de temperatura, tensión o dolor,

o cambios en la conciencia postural). El cuerpo reacciona a la música, empieza a comunicarse, pueden aparecer síntomas físicos que traen información sobre experiencias pasadas. Se produce una liberación de emociones atrapadas. Se trata de entrar en la memoria del cuerpo; c) Auditivas. En ocasiones, parece como si un instrumento “hablara” al viajero, o aparecen sonidos que molestan o llegan al corazón, o luchas entre melodías...y d) Olfativas y gustativas, aunque son bastantes raras.

2. *Nivel psicológico.* Las imágenes empiezan a conectarse con desarrollo del tema musical. Con frecuencia, hay una secuencia de causa y efecto. La formación de historias es una función natural de la mente inconsciente, y refleja de una manera creativa nuestras frustraciones y conflictos, los asuntos pendientes de la vida, etc. Es frecuente también que afloren recuerdos.
3. *Nivel simbólico-mítico-aquetípico.* Cuando el nivel psicológico se hace más profundo, la imaginación se encarga de temas universales, propios del Inconsciente Colectivo: símbolos encontrados en cuentos, mitos, religiones y rituales.
4. *Nivel integral-espiritual.* El espíritu busca significados o sentido, de la misma manera que la mente busca entender y el cuerpo estar confortable y satisfecho. Es la llamada “activación de la función trascendente”, en la que el viajero puede tener una experiencia de expansión que va más allá de las fronteras ordinarias de percepción: “una experiencia cumbre o transpersonal”.<sup>29</sup>

#### 3.6.4.2. Música como co-terapeuta.

Según Bonny (1972), la música "complementa" los objetivos terapéuticos de cinco formas distintas:

---

<sup>29</sup> Del inglés, *Peak Experience*: término de Psicología Transpersonal acuñado por Abraham Maslow.

1) Ayudando al paciente a abandonar los controles usuales y a entrar más en su mundo interno; 2) facilitando la liberación de las emociones intensas; 3) contribuyendo a una "experiencia culminante o cumbre"; 4) Dando continuidad a una experiencia donde el tiempo no existe; y 5) Dirigiendo y estructurando la experiencia (Bonny, 1972, p. 65).

En el BMGIM, la música actúa como pantalla proyectiva. La experiencia de GIM podría decirse que es como ponerse ante un "espejo musical", donde el viajero explora partes de sí mismo a partir de los "mensajes" que le da la música. El papel del guía será ayudarlo a descubrir qué hay detrás de esas proyecciones. Por ejemplo, la relación y los diálogos entre instrumentos pueden sugerir al viajero diálogos entre personas significativas de su vida, o entre partes de sí mismo. La música es un medio no verbal que evoca sentimientos. La resistencia común que aparece al hablar de nuestros problemas, se elimina (Bonny, 1972). Este potencial para estimular sentimientos ocurre cuando la música activa el cerebro medio (mesocéfalo), donde se procesan las respuestas emocionales. Los patrones psicológicos que motivan las conductas son más accesibles cuando se activa el hemisferio derecho, también llamado "la mente metafórica". Es la parte de nosotros que visualiza, sueña, crea, tiene presentimientos y resuelve problemas. En GIM, la música conecta la imagen/metáfora interna con el sentimiento y la emoción (Bush, 1995).

La música también actúa como contenedora de la experiencia del viajero, pues protege el espacio para que la persona entre dentro de sí misma. Proporciona un ambiente sonoro para la psique, tal y como una banda sonora da profundidad y movimiento a una película. La estructura y la textura complejas de la música, sus ciclos de tensión y relajación, y la riqueza dinámica de todos los elementos: 1) proporcionan el apoyo emocional para la experiencia, 2) mantienen vivo el flujo de imágenes y emociones y 3) sustentan la atención de la persona a su proceso interior (Bush, 1995).

Sobre el tipo de música utilizada en BMGIM, cabe indicar que la mayor parte de los programas están basados en la música clásica. Ello se debe a la extensa carrera de Bonny como músico orquestal, que le otorgó un amplio conocimiento

de la música clásica de todos los géneros, y esto es evidente en la elección de la música para los programas GIM (Bush, 1995).

Todas estas reflexiones teóricas sobre la música tienen el propósito de mostrar y enfatizar que ella tiene la posibilidad de llevar o mantener al paciente en un estado poco común o, dicho más simplemente, en un estado ordinario de conciencia, de provocar imágenes, y de posibilitar que el material inconsciente venga al consciente para poder así trabajar con él.

A partir de estas reflexiones sobre el papel de la música en el BMGIM, se puede comprender el poder que este método tiene en movilizar contenidos internos, emociones y sentimientos a partir y a través de su trama sonora. Eso sí, dependerá mucho en la manera en que BMGIM es aplicado, pues cabe indicar que si bien lo habitual es la realización de sesiones estándar en base al modelo original de Bonny, existen adaptaciones que pueden afectar al formato de la sesión, géneros musicales y/o destinatarios de la terapia (McKinney & Grocke, 2016). A continuación, se mostrarán las diferentes posibilidades que ofrece el BMGIM en este sentido.

### **3.6.5. SESIÓN TIPO Y ADAPTACIONES DEL MÉTODO DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM)**

#### **3.6.5.1. Sesión estándar del Método de Imaginación Guiada con Música (BMGIM)**

La sesión tipo o estándar de BMGIM es la sesión individual, en la que paciente-cliente y terapeuta dan espacio a su relación terapéutica. Las sesiones suelen durar unos 90 minutos, y se realizan generalmente una vez cada dos semanas. Cada sesión consta de cinco partes diferenciadas, y se detallan a continuación:

*A. Pre-sesión (diálogo inicial).* El diálogo inicial tiene varias funciones importantes: crear y afianzar la relación-vínculo terapéutico entre paciente y terapeuta; posibilitar al terapeuta una observación de los sentimientos y estado

de ánimo y energía del paciente; focalizar el tema de trabajo<sup>30</sup> para esa sesión, relacionado con la vida interior del viajero; y finalmente, ayuda al terapeuta a escoger el tipo de inducción y música más apropiados (Wigram et al., 2005; Mendes, 2000).

*B. Inducción.* Bonny empezó a trabajar con las inducciones que había aprendido de Leuner, y también de los trabajos de Jacobson y Schulz. En GIM, la inducción consiste en el proceso de conducir al cliente-paciente-viajero a un estado de relajación física y paralelamente a una concentración mental (Mendes, 2000). Tiene como objetivos abrir el campo de percepción de la persona, relajar el cuerpo y enfocar la mente; en definitiva, acomodar la psique a la experiencia en un ENOC (Wigram et al., 2005).

En sesión, el viajero se estira con ojos cerrados y el guía, a su lado, va haciendo sugerencias verbales con un vocabulario sencillo, atento al lenguaje corporal, el ritmo de la respiración, etc. La voz del guía debe ser suave pero energética, no hipnótica. La inducción es diferente para cada persona, según el momento en que se encuentre, el tema a explorar y cuál sea su canal de percepción (por ejemplo, para un viajero auditivo lo adecuado es hacer una inducción centrada en lo sonoro, mientras que a un viajero visual le ayudaría imaginar colores, formas, etc). La inducción es, por tanto, la puerta de entrada al estado no ordinario de conciencia (Clarkson y Torres, 2010).

*C. Experiencia con música.* Durante la música, el viajero va verbalizando lo que experimenta, y el guía va apoyándolo mediante comentarios y preguntas, e incluso en ocasiones con intervenciones físicas. Todo ello contribuye a que la persona pueda mantenerse centrada en su interior y a profundizar en la vivencia con música. Se trata de dejar el tema a explorar “en el fondo de la mente”, sin apearse a él intelectualmente, dejándose fluir con la música (Wigram et al., 2005). Grof (1994) refiere el valor que la música confiere al trabajo en estados no ordinarios de conciencia:

---

<sup>30</sup> Puede ser una pregunta, un sueño reciente o recurrente, una imagen, un estado de ánimo, un tema no resuelto, etc

En los estados no ordinarios (de conciencia) existe una selección automática del material inconsciente con mayor carga y relevancia emocional. Es como si una especie de “radar interno” escrutara el psiquismo y el cuerpo en busca de los elementos más importantes y los trajera a nuestra mente consciente (Grof, 1994, p. 44).

La psique tiene un impulso espontáneo de representarse a sí misma. Este impulso, estimulado por la música, se conecta con la capacidad natural de autorregulación y de autosanación. A través de imágenes somos capaces de fijar la mirada en el espejo de nuestros mundos internos y percibir lo que es importante para nosotros. Esto puede diferir de la visión externa de lo que “creemos” que es nuestro problema. La realidad interna y nuestra realidad externa no son siempre consistentes. La imaginación establece un puente entre el cuerpo, la mente y el espíritu. El contenido metafórico de las imágenes proporciona acceso a varios niveles y formas del ser (Bush, 1995). Carl Jung escribió: “Al permitirle a un estado de ánimo o a un problema personificarse o darle la apariencia de una imagen, no sólo podemos empezar a visualizarlo claramente, más creativamente, sino también vivir las emociones que están bloqueadas detrás de él” (Jung, s.f., citado en Clarkson y Torres, 2010, p. 125).

La experiencia con música en BMGIM se realiza a partir de la audición de un programa, entendido como una sucesión de piezas de música estructuradas y ordenadas, con finalidades diferentes, según el tema que se trate en cada momento (Wigram et al., 2005). Los títulos de algunos de estos programas son *Caring, Grieving, Sorrow, Peak Experience*<sup>31</sup>, y otros muchos.

*D. Integración de la experiencia:* dibujo de un mandala. Helen Bonny utilizó este recurso en su trabajo en Maryland a partir de los trabajos de C.G. Jung y la arteterapeuta Joan Kellogg<sup>32</sup>. Después de la fase musical de la sesión, el guía ayuda a la persona a integrar la experiencia usando técnicas verbales y no-verbales, a través de la confección de un mandala que ayuda al cliente a: a)

---

<sup>31</sup> Cuidando, Duelo, Pena, Experiencia Cumbre, respectivamente. Estos títulos dan una idea de los temas que pueden trabajarse en sesión.

<sup>32</sup> Kellogg también colaboró en los trabajos de Bonny y Grof en el Hospital Psiquiátrico de Maryland.

Realizar la transición del estado modificado de conciencia al estado habitual; y b) imprimir en la conciencia lo más significativo del viaje, especialmente si han surgido imágenes inconexas o confusas (Wigram et al. 2005).

La palabra sánscrita “mandala” significa centro, circunferencia (Wagner, 2012). Jung fue uno de los primeros autores en llevar el uso de los mandalas al trabajo en la Psicoterapia moderna, fruto de sus propias experiencias. Este asociaba el mandala con el Yo interior, el centro de la personalidad, tal como lo narra Fincher (1994) a continuación:

Dibujaba cada mañana en un cuaderno un pequeño motivo circular, un mandala, que parecía corresponder a mi situación interna en ese momento... Fue poco a poco que descubrí qué es en realidad un mandala: es el Self o sí mismo, la totalidad de la personalidad que, si todo anda bien, es armoniosa (Jung, s.f., citado en Fincher, 1994, p.7).

Cuando el viajero crea un mandala, produce un símbolo personal que revela quién es en ese momento. Suponen una representación visual del contraste entre los procesos conscientes e inconscientes (Wagner, 2012). El paciente, al observarlo después, es frecuente que surjan asociaciones con temas de su vida o aspectos de sí mismo. Al acabar el dibujo, se pide al viajero que ponga un título al mandala. En ese momento, el guía observará todos los elementos del mandala, sin olvidar que cada aspecto (colores, formas...) tiene diversos niveles de significado. Los colores que se usan al pintar un mandala, son una expresión directa de estados internos que, por lo general, están más allá del control de la conciencia. Fincher apunta que “el color en los mandalas expresa los pensamientos, sentimientos, intuiciones más profundas de nuestro interior, e incluso también las sensaciones físicas” (Fincher, 1994, p. 53).

Por otra parte, la calidad de la línea que dibujamos es un reflejo de las tensiones musculares. Cuando las emociones son fuertes, la tensión en el cuerpo tiende a ser mayor, y esto provoca el trazado de líneas más pesadas. Respecto al simbolismo en el trazo de las líneas, los autores Kellogg, MacRae, Bonny & DiLeo (1977) apuntan lo siguiente:

Las líneas curvas reflejan a menudo un abordaje no racional de la vida y un estilo emocional para manejar situaciones. Una línea curva es sumamente significativa en relación a lo femenino. Por otra parte, la línea recta representa generalmente un estilo racional en el manejo de problemas. Es más representativa de una orientación masculina (Kellogg, et al. 1977, p.125).

En este sentido, la línea que marca el borde del mandala también es significativa, en tanto que sugiere el límite psicológico que separa el sí mismo del entorno y de los demás. Fincher (1994), refiriéndose al borde, además puntualiza que:

Un borde pálido o imperceptible sugiere una apertura a los demás, una sensibilidad a los elementos del medio que nos rodea, o posiblemente un sentido difuso de identidad personal. Una línea exterior visible, mas no excesivamente gruesa, indica por lo general un sentido de identidad bien definido, con límites psicológicos claramente definidos entre uno mismo y los demás (Fincher, 1994, p. 118).

*E. Post-sesión: diálogo final.* Es fundamental que el guía evite las interpretaciones sobre lo que ha emergido. Es el viajero quien ha de establecer las conexiones entre el viaje y el tema que quería trabajar. Muchas veces, se entiende el mensaje que nos da el inconsciente tras una serie de sesiones, al observar imágenes recurrentes, sensaciones que se repiten, etc. Es muy importante no forzar al viajero a llegar a conclusiones. Asimismo, conviene desterrar las proyecciones propias, o hacer intervenciones según un guión pre-establecido, que no corresponda a la experiencia del viajero en ese momento (Wigram et al. 2005).

Antes de finalizar, es imprescindible cerrar bien la sesión y asegurarse de que la persona ha vuelto al estado “habitual” de conciencia, para que pueda seguir normalmente con su vida (Clarkson y Torres, 2010).

### 3.6.5.2. Adaptaciones del Método de Imaginación Guiada con Música (BMGIM)

Si bien es cierto que en los inicios del GIM el trabajo era en grupo y con personas drogodependientes y terminales, poco a poco el método original de Bonny se fue perfilando para la práctica con personas mentalmente sanas que buscaban un crecimiento personal, en sesión de formato individual. Pero ya desde el principio, Helen Bonny pretendió que pudieran haber variaciones en la forma en la que eran conducidas las sesiones individuales con clientes de GIM (McKinney & Grocke, 2016).

Hoy en día, diferentes terapeutas formados en el modelo, han desarrollado adaptaciones, bien adaptaciones que tienen que ver con el tipo de pacientes, con el tiempo de la sesión o sus partes, o bien con el desarrollo grupal.

A continuación, se detallarán algunas adaptaciones de sesión individual para pacientes “especiales”:

- Blake (1994) fue la primera en escribir sobre una adaptación de GIM para veteranos de guerra con trastorno por estrés postraumático (TEPT). Ella desarrolló una modificación específica denominada Imaginación Dirigida con Música (*Directed Imagery & Music*) para guiar la experiencia de imagen para el cliente. Esto difiere del método tradicional de Bonny, en el que las imágenes son generadas espontáneamente por el cliente.
- Goldberg, Hoss & Chesna (1988) adaptaron el proceso para un cliente con daño cerebral que presentaba malas condiciones en memoria a corto plazo, mal control del comportamiento impulsivo, períodos de rabia, aislamiento social y labilidad del estado de ánimo. En la final 6<sup>a</sup> sesión (la última), el terapeuta adaptó el método utilizando música no clásica y dirigiendo las imágenes para que así el cliente pudiera estar controlando como capitán un viaje en barco. Después de esta sesión, las habilidades sociales del cliente mejoraron notablemente.
- Goldberg (1994) también describió las adaptaciones que realizó con respecto al procedimiento GIM tradicional, en el tratamiento a corto plazo con pacientes psiquiátricos, en sesiones individuales y grupales.

GIM fue adaptado para clientes que recibían sesiones individuales y que realizaban intencionadamente "maniobras de defensa" (p.22), a través de la utilización de imágenes de apoyo, que fueron necesarias para ayudarlos contra su propia desintegración del ego. Las sesiones grupales de GIM fueron adaptadas para satisfacer la naturaleza del tratamiento a corto plazo de tratamiento y el frecuente cambio de pertenencia a un grupo.

- Bonny y Savary (1994) utilizaron desde 1973 un modelo de GIM grupal con niños y adolescentes de acogida en una escuela ordinaria, un modelo que utilizaron durante 27 años. Su objetivo era ayudar a aumentar su conciencia y percepción de la realidad a estos niños. Para llevarlo a cabo, realizaron varios pasos: explicación completa del proceso a los niños, respondían a las posibles preguntas-dudas, mantenían una conversación preliminar con el grupo con el fin de establecer un propósito para la sesión. Con ello, realizaban una inducción seguida de una selección musical. Al finalizar esta, se regresaba a la conciencia ordinaria y se realizaba la pertinente integración de la experiencia. Algunas selecciones musicales que resultaron efectivas fueron la Suite "el Gran Cañón" de Grofe, la Suite "los Planetas" (menos Saturno y Marte) de Holst, "el Aprendiz de Brujo" de Dukas y "Pedro y el Lobo" de Prokofiev, entre otras.
- Especialmente reseñable es la adaptación que realizó Clarkson (2002) para un cliente adulto con autismo. Este trabajo tuvo adaptaciones sustanciales respecto a la sesión individual *standard*. El diálogo inicial era corto, centrado en un problema concreto, con una inducción corta y no más de 2 minutos de música. Durante la música no se daba ninguna interacción entre guía-viajero, y nada más terminar la selección musical, se integraba la experiencia con un dibujo, que se comentaba posteriormente. Este formato de sesión era más corto, adecuado a los tiempos de atención de este viajero especial. Otra adaptación tiene que ver con la manera de comunicarse, pues el cliente no tenía lenguaje verbal; en este caso, utilizaba el ordenador para describir su viaje y

asociaciones. La última adaptación tuvo que ver con la música; para ello, Clarkson utilizó programas GIM originales, aunque también músicas de estilo *New Age*.

Otras adaptaciones típicas respecto a la sesión standard de GIM, son aquellas que implican una menor longitud-duración de la sesión, o bien usar selecciones más cortas de música, o bien usar música de géneros de música no clásica de la música (Grocke & Moe, 2015; Muller, 2014). Ritchey-Vaux (1993) describió las adaptaciones en la duración respecto a la sesión standard de GIM, para poder ajustarlo a los 50 minutos de la sesión de psicoterapia verbal. Ella abogó por selecciones cortas de música (aproximadamente de 15 minutos), y el cliente debía dibujar el mandala en casa. Ritchey-Vaux también adaptó el método GIM, alternando sesiones de psicoterapia verbal con sesiones GIM.

Finalmente, cabe mencionar las adaptaciones para grupo o GrpMI (música e imagen grupal). Generalmente, estas sesiones se desarrollan de esta manera al compartir los participantes una causa común (por ejemplo, recuperación del tratamiento del cáncer, una enfermedad común o ser parte de un grupo comunitario). GrpMI se puede practicar como una sola sesión o en una serie de sesiones. Su formato habitual es empezar por una discusión-diálogo, y de ahí surge un tema común de los miembros del grupo. El terapeuta proporciona una inducción a la relajación para todo el grupo, y elige la música para que coincida con el tema. En la mayoría de las sesiones de GrpMI no hay guía o intervención verbal del terapeuta durante el viaje musical (McKinney & Grocke, 2016).

En el siguiente apartado, se detallarán algunas de estas adaptaciones grupales.

### **3.6.6. APLICACIONES DE MÉTODO DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM) EN EL ÁMBITO MÉDICO-SANITARIO**

En los más de 40 años desde su creación, el método BMGIM ha demostrado tener beneficios terapéuticos y de crecimiento personal en una amplia variedad de poblaciones adultas en un ámbito clínico y no-clínico (McKinney & Grocke, 2016).

Dado que son muchos los estudios realizados sobre la influencia de BMGIM en distintas poblaciones, solamente se referirán aquellos que entrarían dentro del ámbito médico-sanitario, dejando para el siguiente apartado los estudios de BMGIM con una relación directa con el estudio realizado, es decir, BMGIM en el tratamiento de estrés, estado de ánimo, ansiedad y/o depresión. Se mentará, eso sí, el primer estudio publicado por la creadora del método BMGIM, para dar una perspectiva desde lo que fue su inicio, al que seguirán otros estudios desarrollados en la línea de trabajo comentada.

Helen Bonny (1976) fue la primera en llevar un estudio experimental sobre la influencia de las sesiones individuales de BMGIM. En este estudio participaron 24 adultos que tenían leves o moderados síntomas “neuróticos”. Bonny asignó aleatoriamente a cada paciente a una de una de dos posibilidades de terapia, o bien GIM o bien psicoterapia verbal. La necesidad y características de cada paciente determinó el número de sesiones, eso sí, con límite de 60 horas. Bonny encontró que los participantes GIM necesitaron menos horas de sesiones para llegar a satisfacer sus objetivos terapéuticos. Estos pacientes también hablaron sobre el efecto holístico recibido a través de la terapia GIM, que impactó positivamente en áreas de sus vidas más allá de los específicamente dirigidos para la terapia. Cabe decir que, seis meses después, 5 de los 12 participantes del grupo de comparación había reingresado a la terapia, mientras que los del grupo GIM no lo hicieron.

Posteriormente, se realizaron distintos estudios de caso relacionados con la atención de pacientes con problemas médicos, que incluían descripciones del proceso GIM de individuos en la fase post-tratamiento médico, en personas con cáncer (Bonde, 2007; Hale, 1992), un hombre con SIDA (Bruscia, 1991), pacientes de cuidados paliativos (Cadrin, 2005; Marr, 1998).

Otros estudios de caso, a pesar de ser fruto del trabajo en la práctica clínica privada, refieren cambios físicos relacionados con las condiciones médicas. Pickett (1987) informó de dos estudios de caso de mujeres jóvenes con hemorragia severa por tumores fibroideos uterinos. Una mujer usó su serie de sesiones para reconciliarse con el hecho de que no ser capaz de tener hijos. La otra mujer experimentó una remisión de sus tumores tras los cambios de vida

sugeridos por las imágenes que emergieron durante sus sesiones GIM. Por otra parte, Merritt (1993) describió el proceso realizado con un hombre que había estado conviviendo con el dolor durante 25 años debido a la espondilitis anquilosante, y tras una serie de 12 sesiones, el paciente informó que estaba "virtualmente libre de dolor" (p.25). Estos dos informes de casos son especialmente importantes porque sirvieron para estimular la Investigación sobre GIM para poblaciones médicas y los efectos de GIM en la fisiología humana.

GIM en formato de sesión individual para las personas con cáncer, fue el foco de dos estudios de investigación que prosiguen. En un ensayo controlado aleatorizado, Burns (2001) estudió los efectos de diez sesiones GIM, a razón de una sesión por semana, en ocho mujeres con cáncer. A pesar de esta pequeña muestra, las mujeres del grupo GIM (grupo experimental) refirieron una reducción de los trastornos del estado de ánimo total y aumentó su calidad de vida, con una mejora estadísticamente significativa respecto al grupo control. Por otra parte, se encuentra la investigación cualitativa sistemática de Bonde (2007), que estudió el resultado percibido de una serie de GIM (10 sesiones individuales de 2 horas, una cada dos semanas) en seis adultos con cáncer. Las categorías de resultados compartidas por los seis participantes incluyeron: a) nuevas perspectivas en el pasado, presente y futuro; b) mejora de la capacidad de afrontamiento; c) mejor estado de ánimo y calidad de vida; d) mayor esperanza; e) mayor autocomprensión; y (f) el amor por la música.

Atendiendo a una población médica diferente, Short, Gibb, Fildes & Holmes (2013) estudiaron como influyó una serie de seis sesiones GIM en la recuperación de seis pacientes de rehabilitación cardíaca. En este estudio, se realizó un análisis semiótico. Estas sesiones semanales comenzaron entre 6 y 12 semanas después de la operación de bypass coronario. En consonancia con las conclusiones del estudio de Bonde (2007), Short et al. (2013) refirieron que los participantes obtuvieron una nueva perspectiva así como el efecto positivo de la música usada.

Otros estudios se han encargado de explorar los efectos de una serie de sesiones individuales de BMGIM sobre variables fisiológicas. Ya en la tesis

doctoral de McDonald (1990) se muestra el trabajo con adultos con hipertensión esencial que no estaban tomando medicamentos para la hipertensión. Asignó aleatoriamente a los pacientes a una de estas tres posibilidades terapéuticas: GIM, psicoterapia verbal o grupo control. Tanto el grupo de GIM como los de psicoterapia tenían cada una sesión por semana, durante seis semanas. La medición de la presión sanguínea se realizó por triplicado en el pre-test, post-test y seguimiento. McDonald encontró que tanto la presión arterial sistólica y diastólicas disminuyeron significativamente y se mantuvieron hasta después de la 6ª sesión en los pacientes de BMGIM, sin cambios significativos en los grupos de terapia verbal y en el grupo control.

### **3.6.7. APLICACIONES DEL MÉTODO DE IMAGINACIÓN GUIADA CON MÚSICA (BMGIM) EN ESTRÉS, ESTADO DE ÁNIMO, CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN**

Körlin y Wrangsjö (2002) informaron de los resultados de un estudio de medidas repetidas sobre los efectos de una serie de sesiones GIM individuales en 30 adultos, con edades comprendidas entre 19 y 62 años, con “necesidades de auto-realización, dificultades interpersonales o síntomas psiquiátricos” (p.6). Hubo una reducción estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) en la depresión total, ansiedad y síntomas psiquiátricos (medidos a través de *Hopkins Symptom Checklist-90-Revised* (HSCL-90-R)); así como en los problemas interpersonales, medidos por el Inventario de Problemas interpersonales. De la misma manera, informaron de un aumento del bienestar (medido por la Escala de coherencia). Hubo un pequeño aumento en el efecto de la ansiedad, y aumentos de efecto de mediano a grande para los problemas de relaciones interpersonales, el sentido de la coherencia y el total de los síntomas.

Explorando un ámbito de los que se dieron inicialmente en los orígenes del BMGIM, cabe mencionar la tesis doctoral de Heiderscheidt (2005) y el trabajo posterior de la propia Heiderscheidt (2017), que a través de un diseño controlado aleatorizado, estudió los efectos de una serie de sesiones de GIM sobre 19 adultos internos en la Unidad de Dependencia Química (drogodependientes), registrando los cambios en su problemática, su sentido de coherencia y sus niveles de secreción de Inmunoglobulina-A (IgA). Los 10

participantes del grupo experimental recibieron una sesión semanal de GIM durante la duración de su estancia en internado, durante un total de 4-7 sesiones, mientras que los participantes del grupo control recibieron el tratamiento habitual en la unidad de pacientes hospitalizados, sin sesiones de GIM. Los análisis de covarianza revelaron que el grupo GIM mostró una disminución significativa en el frío, dominación, subescalas no-assertivas del Inventario de problemas interpersonales y un aumento de la subescala de gestión de la Escala de Sentido de Coherencia. En cambio, no hubo ningún cambio general significativo en ninguna de las tres variables.

Especialmente interesantes son los trabajos de BMGIM con pacientes diagnosticados de enfermedad crónica (por la relación con la EII, también una enfermedad crónica), como es la artritis reumatoide. Jacobi & Eisenberg (2001) realizaron un estudio con una duración de 10 sesiones (una por semana) con 27 adultos, con edades de 26 a 78 años, con artritis reumatoide. Relataron una disminución en los niveles de depresión, así como en la ansiedad y los síntomas psiquiátricos totales. Además, el dolor evaluado por el cuestionario de dolor McGill, disminuyó significativamente ( $p < 0,01$ ) y se mostraron mejoras en dos indicadores funcionales. Sin embargo, no hubo cambios significativos en la rigidez matutina o en los ensayos relevantes de suero para el proceso de la artritis reumatoide: proteína C-reactiva, factor reumatoide o tasa de sedimentación de eritrocitos. Estos resultados deben tomarse con cautela, pues no hubo un grupo control con el que establecer una comparativa.

Varios estudios examinaron los efectos de una serie de sesiones de GIM sobre el estado de ánimo y los niveles hormonales. McKinney, Antoni, Kumar & Kumar (1995) investigaron el efecto de una serie de seis sesiones GIM sobre los niveles de depresión y la hormona beta-endorfina en ocho sujetos sanos, que fueron aleatoriamente asignados a un grupo experimental GIM o a un grupo control de lista de espera. El estado de ánimo deprimido se midió antes y después de la serie, a través del cuestionario *Profile of Mood States* (POMS; en español, Perfil de los estados de ánimo). El grupo experimental mostró puntuaciones significativamente más bajas en Depresión / abatimiento en la

escala POMS que el grupo control. No hubo diferencias entre las condiciones de los niveles de Beta-endorfina de ambos grupos.

Otro estudio relacionado con la temática anterior, ampliando los hallazgos de McKinney et al. (1995), fue el de McKinney, Antoni, Kumar, Tims & McCabe (1997). Se trató de un estudio controlado aleatorizado con 28 participantes sanos sobre los efectos de una serie de seis sesiones (quincenales) del Método Bonny sobre el humor y el Cortisol. La medición del estado de ánimo se hizo utilizando el *Profile of Mood States* y los niveles de cortisol a partir de muestras de suero en pre-test, post-test y seguimiento. Estos autores encontraron que tanto el estado de ánimo deprimido, como la fatiga y el trastorno total del estado de ánimo, disminuyeron significativamente. Encontraron una fuerte correlación entre el pre-test y los cambios de humor y cambio en el nivel de cortisol durante el mismo período. Estos hallazgos tienen implicaciones para las personas con estrés crónico, ratificando resultados de estudios que asocian elevados niveles de cortisol con enfermedades cardiovasculares (Hajat et al., 2013), con diabetes (Joseph et al., 2015) y con el deterioro de la función inmune (Leonard, 2000).

El estudio controlado aleatorizado que ha utilizado BMGIM con mayor número de participantes hasta la fecha, es el que aparece detallado en la tesis de Maack (2012), en el que se estudió a 134 participantes con TEPT<sup>33</sup> a través de un diseño de cohortes. Los participantes estuvieron en una de estas cuatro condiciones de estudio: el Método Bonny GIM (con adaptaciones o modificaciones según sea necesario), *Psychodynamic Imaginative Trauma Therapy* (PITT), un control de lista de espera, y un grupo de seguimiento que había completado sus sesiones de GIM al menos un año antes de las pruebas de seguimiento. Por una parte, aquellos en los que se dieron ambas condiciones de terapia (Bonny Método con adaptaciones y PITT), tuvieron una mejora en la reducción de los síntomas de TEPT, la disociación y el aumento de la calidad de vida en comparación a los controles, siendo superior en el grupo del Método de Bonny con adaptaciones al PITT. Las puntuaciones para

---

<sup>33</sup> Siglas de Trastorno por Estrés Postraumático. En inglés PTSD (*post-traumatic stress disorder*)

los seguidores de cohorte mostraron que las mejoras resultantes de GIM se mantuvieron al cabo de un año de seguimiento.

En un estudio sobre el BMGIM y el estrés, Beck (2012) y Beck et al. (2015) examinaron el impacto de una serie de seis sesiones modificadas de GIM sobre el nivel de cortisol salival, estado de ánimo, estrés percibido, bienestar, y preparación para el trabajo, en 20 adultos, con edades comprendidas entre 30 y 57 años, que estaban de baja debido al estrés laboral. Las modificaciones que hicieron de las sesiones al método GIM clásico, fueron hacer un diálogo más largo antes de la música, así como una selección corta de música, a menudo no de la tradición clásica. El estudio reveló una reducción significativa de la ansiedad, depresión y trastornos del estado de ánimo total, todos con grandes tamaños de efecto; así como una disminución significativa de los niveles de cortisol en reposo con un tamaño de efecto medio. No hubo cambios significativos ni en la melatonina ni la testosterona salival. Quizás lo más relevante para esta población es que el grupo GIM tuvo un aumento significativo en el bienestar, y el 83% del total de participantes estuvo listo para volver al trabajo después de la serie de seis sesiones.

Ya pasando a adaptaciones grupales de GIM, hay varios estudios que atestiguan su efectividad. Este tipo de trabajo grupal se identifica, como se ha comentado anteriormente, con las siglas de GrpMI (música e imagen grupal). Algunos de los trabajos más recientes son los de Torres (2015a, 2015b), que muestran el estudio realizado con mujeres diagnosticadas de fibromialgia. El programa de grupo fue realizado durante 12 semanas, con una duración de cada sesión de 2 horas, incluyendo en cada sesión varias partes: una discusión-diálogo inicial, inducción de la relajación, escucha activa, dibujo de mandala y discusión final sobre la experiencia de imágenes de música. Se trató de un estudio controlado aleatorizado de pre-test/post-test, con una evaluación de seguimiento después de 3 meses. Los participantes totales fueron 56 mujeres (33 de grupo experimental y 26 de grupo control), con una edad media de 51,3 años, y fueron evaluadas con seis instrumentos de evaluación. Los análisis de la covarianza, utilizados para comparar pre-test/post-test entre los resultados los grupos experimental y control, mostraron efectos positivos

(estadísticamente significativos) en el bienestar psicológico subjetivo y la ansiedad-estado. Los participantes en el grupo experimental mostraron resultados positivos en todas las variables: aumento del bienestar y reducción del impacto de la fibromialgia en su capacidad funcional y salud, intensidad del dolor, estado y rasgo de la depresión, y estado y rasgo de ansiedad, en comparación con los controles. Además, el Índice de Cambio Fiable mostró que después del tratamiento, el 57,6% de los sujetos experimentales mejoraron en al menos tres de los variables y no se deterioró en ninguna, en contraste consólo el 8,7% de los sujetos control. Además, a los tres meses de seguimiento, el grupo experimental continuó teniendo menos ansiedad que antes del programa GrpMI.

Como conclusión, podemos decir que el método BMGIM, dada la eficacia probada en intervenciones con pacientes con estrés (Beck, 2012; Beck et al., 2015), Trastorno por estrés postraumático (Maak, 2012), artritis reumatoide (Jacobi y Eisenberg, 2001), así como la aplicación a pacientes con fibromialgia en una adaptación grupal (Torres, 2015a, 2015b), han supuesto una motivación para desarrollar un estudio que analizará el impacto de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM en pacientes con EII. Este estudio se desarrollará a continuación.

# CAPÍTULO IV

---

## OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

### 4.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Este estudio persigue un objetivo principal (OP), del que se derivan varios objetivos específicos (OE), y que a continuación se detallan:

**OP:** Determinar la eficacia de la intervención con una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, en la mejora del estado de salud de pacientes con EII (EC y CU).

**OE1:** Analizar el impacto de una intervención de 8 sesiones a lo largo de 8 semanas, de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM sobre el estado de ánimo (tristeza, miedo, enfado y felicidad), de los pacientes con EII (EC y CU).

**OE2:** Analizar la influencia de una intervención de 8 sesiones a lo largo de 8 semanas, de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM sobre la percepción de ansiedad y depresión, de los pacientes con EII (EC y CU).

**OE3:** Analizar el impacto de una intervención de 8 sesiones a lo largo de 8 semanas, de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM sobre los niveles de estrés a medio plazo (hormona cortisol en pelo), de los pacientes con EII (EC y CU).

**OE4:** Analizar la influencia de una sesión de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM sobre los niveles de estrés agudo (hormona cortisol en saliva), de los pacientes con EII (EC y CU).

**OE5:** Analizar el impacto de una sesión de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, sobre el nivel de competencia inmunológica (IgA en saliva), de los pacientes con EII (EC y CU).

**OE6:** Analizar la influencia de una intervención de 8 sesiones a lo largo de 8 semanas, de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM en la percepción de la calidad de vida, de los pacientes con EII (EC y CU).

## **4.2. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO**

A continuación se exponen las hipótesis que se han planteado en esta tesis doctoral, constituida por una hipótesis general (HP, que se corresponde con el OP del estudio), que se divide o concreta en varias hipótesis secundarias (HE, que se corresponden con los OE anteriormente mencionados, en orden de numeración):

**HP:** El estado general de salud de pacientes con EII (EC y CU) mejorará, después de recibir la intervención basada en la adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM.

**HE1:** El estado de ánimo (tristeza, miedo, enfado y felicidad) de los pacientes con EII (EC y CU) mejorará, después de recibir una intervención de 8 sesiones de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM.

**HE2:** La percepción de ansiedad y depresión, de los pacientes con EII (EC y CU) disminuirá, después de recibir una intervención de 8 sesiones de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM.

**HE3:** Los niveles de estrés a medio plazo de los pacientes con EII (EC y CU) disminuirán, después de recibir una intervención de 8 sesiones de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM.

**HE4:** Los niveles de estrés agudo de los pacientes con EII (EC y CU) disminuirán, tras recibir una sesión de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM.

**HE5:** El nivel de competencia inmunológica de los pacientes con EII (EC y CU) aumentará, tras recibir una sesión de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM.

**HE6:** La percepción de la calidad de vida de los pacientes con EII (EC y CU) mejorará, después de recibir una intervención de 8 sesiones de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM.



# CAPÍTULO V

---

## MÉTODO

En el presente capítulo se describe el procedimiento llevado a cabo durante la investigación de esta tesis, destacando los principales aspectos metodológicos para establecer un marco que sirva de guía para el estudio empírico de este campo de conocimiento y que permita alcanzar los objetivos planteados; en este caso, analizar el impacto de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM en el estado general de salud de pacientes con EII en fase de remisión.

Para ello, este capítulo se ha dividido en varios apartados. En el primero de ellos, se describirá el diseño de investigación utilizado en el estudio y se detallarán las características de la muestra objeto de este estudio. En el segundo apartado, se presentarán las variables de estudio así como los instrumentos de evaluación utilizados, explicándose las fuentes de dónde han sido extraídos y sus características. En el tercer apartado, se describirá el procedimiento general seguido para la realización del estudio y la recogida de datos. A continuación, en un cuarto apartado, se especificarán los análisis estadísticos utilizados para conseguir los objetivos generales y específicos previamente planteados. Y finalmente, se concretarán los aspectos éticos que se han tomado en cuenta en la realización del estudio.

### 5.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y PARTICIPANTES

Se trata de un diseño experimental controlado y aleatorizado, para el que se contó con una población de 51 personas diagnosticadas con EII. En cuanto a la edad media de los sujetos que compusieron la muestra, esta fue de 45.39 años (DT= 12.42), siendo la edad mínima de 20 años y la máxima de 69 años. Respecto al sexo de los sujetos que integraron la muestra, como se puede observar en la figura 11, el número de mujeres (70.60%) fue superior al de hombres (29.40%).



Figura 13. Distribución porcentual de la muestra según el sexo.

Por otro parte, en la figura 14 se muestra la distribución porcentual de la muestra según el tipo de grupo al que pertenecían los pacientes. Como se puede observar, más de la mitad de la muestra perteneció al grupo experimental (64.70%), mientras que un porcentaje menor (35.30%) perteneció al grupo control.

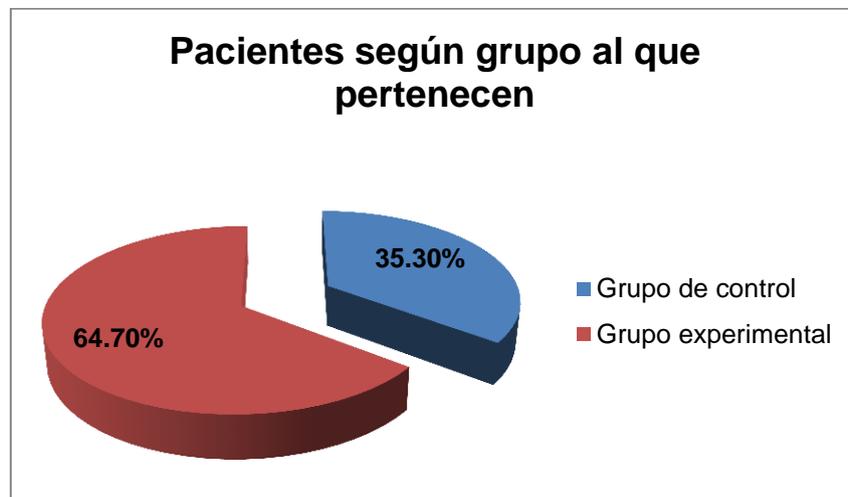


Figura 14. Distribución porcentual de la muestra según el grupo al que pertenecían los pacientes con EII.

Atendiendo a las necesidades quirúrgicas de los pacientes con EII que compusieron la muestra, se puede observar que tres de las cuartas partes de la muestra no habían sido intervenidas quirúrgicamente (75.00%), mientras que la cuarta parte si había sido intervenida quirúrgicamente (25.00%). A continuación, en la figura 15 se pueden observar dichos valores:



Figura 15. Distribución porcentual de la muestra según intervención quirúrgica.

Los participantes de este estudio fueron adultos (con edades a partir de 18 años) diagnosticados de EII (EC y CU) en fase de remisión<sup>34</sup>, que eran atendidos en la Unidad de Patología Digestiva del Hospital General Universitario de Valencia<sup>35</sup>, y que recibían el tratamiento habitual para esta dolencia. Estos pacientes no debían haber tomado corticoides en su tratamiento al menos durante dos meses antes del inicio del estudio ni durante el tratamiento (debido a su influencia en los niveles de cortisol, valorados en el estudio).

Este estudio tuvo dos fases diferenciadas: fase inicial y fase final-cierre<sup>36</sup>, que se esbozan a continuación:

**Fase inicial:** El número total de participantes del estudio en esta fase fueron 51, los cuales se dividieron en dos grupos de trabajo, uno control y otro de intervención o experimental, que se detallan a continuación:

<sup>34</sup>Se considerará remisión para EC aquellos pacientes con puntuación < 5 en el Índice de Harvey-Bradshaw, y para CU aquellos pacientes con puntuación < 11 en el Índice de Truelove-Witts modificado.

<sup>35</sup>Indicar que, aunque la mayoría de pacientes fueron derivados desde esta unidad, por cuestiones relacionadas con falta de muestra y tras el contacto del grupo médico con sus colegas de otros hospitales cercanos, se fueron sumando pacientes de unidades de patología de otros hospitales, tales como Hospital de Sagunto, Hospital Dr. Peset y Hospital Clínico.

<sup>36</sup>Tanto la fase inicial como la fase final-cierre aparecen aquí esbozadas, y se describirán en detalle en el apartado "procedimiento".

- grupo control<sup>37</sup>, integrado por 18 pacientes, que recibió el tratamiento médico habitual, permaneciendo en el centro hospitalario sin realizar ninguna actividad durante 2 horas. Este grupo estuvo íntegramente conformado por pacientes de la Unidad de Patología Digestiva del Hospital General Universitario de Valencia.
- grupo de intervención-experimentación<sup>38</sup>, constituido por 33 pacientes, que recibía el tratamiento médico habitual y además se le aplicó una sola sesión de musicoterapia BMGIM adaptada a pequeño grupo, de 2 h de duración. Este grupo estuvo conformado por pacientes de las Unidades de Patología de varios hospitales, que se sumaron al estudio realizado en el Hospital General Universitario de Valencia.

Fase final-cierre: El número total de participantes en esta fase del estudio fueron 41<sup>39</sup>, los cuales se dividieron en dos grupos de trabajo, uno control y otro de intervención o experimental, que se detallan a continuación:

- grupo control, integrado por 17 pacientes, que recibió el tratamiento médico habitual. A cada paciente se le fijó una primera cita con enfermería de la Unidad de Patología Digestiva, entre las 8:30 a.m. y las 9:00 a.m., y en ella cada paciente rellenó unos cuestionarios y se le tomó muestras de saliva y pelo. Posteriormente, a cada paciente se le volvió a citar a las 11:00 a.m. del mismo día de la semana transcurridas

---

<sup>37</sup> Los procedimientos realizados con el grupo control, aparecerán detallados en apartado 5.3.6.1., pp.126-127

<sup>38</sup> Los procedimientos realizados con el grupo experimental, aparecerán detallados en apartado 5.3.6.2., pp. 127-136

<sup>39</sup> Cabe decir que en esta 2ª fase del estudio no participaron la misma cantidad de pacientes que en el estudio 1, pues muchos no llegaron a pasar de la sesión 1 (en caso de grupo experimental) o cita primera con enfermería con pre-test (en caso de grupo control); o bien no llegaron a la 8ª sesión habiendo realizado al menos 6 sesiones (en caso de grupo experimental) o no llegaron a hacer el post-test con enfermería transcurridas 8 semanas (en caso de grupo control). Es decir, todos los pacientes de la fase 2 del estudio participaron en la fase 1, pero no todos los que participaron en la fase 1 llegaron a ser participantes de la fase 2. Esto pudo deberse a varias causas, que a continuación se esgrimen en los criterios de selección de pacientes.

8 semanas, y rellenaron los mismos cuestionarios, tomándoles de nuevo muestras de saliva y pelo.

- grupo de intervención-experimentación, conformado por 24 pacientes, que recibían el tratamiento médico habitual y además se le aplicó al menos 6 sesiones de una serie de 8 sesiones del Método de Musicoterapia BMGIM adaptado a pequeño grupo, de 2 horas de duración cada una de ellas, a razón de una sesión semanal (siempre el mismo día de la semana). Se configuraron pequeños grupos para favorecer el trabajo del terapeuta (el propio autor de esta tesis doctoral) y el vínculo y comodidad inter-pacientes, oscilando los grupos de 4 a 7 personas. Cada paciente fue citado por la enfermera de la Unidad de Patología Digestiva a las 8:30 a.m., media hora antes de la primera sesión con el terapeuta. Aquí cada paciente rellenó unos cuestionarios, y además la enfermera tomó muestras de saliva y pelo a cada uno de ellos. Después, durante 8 semanas (siempre el mismo día de la semana y a la misma hora), se vinieron desarrollando 8 sesiones de dos horas. Al finalizar la 8ª sesión, a las 11:00 a.m., cada paciente rellenó los mismos cuestionarios y se les tomó muestras de saliva y pelo de nuevo.

Finalmente, cabe decir que todos los pacientes se asignaron aleatoriamente a uno de estos dos grupos, tomando en cuenta los criterios de selección de pacientes (inclusión y exclusión) que se describen en el siguiente apartado.

### **5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión llevados a cabo fueron:

- Mayores de 18 años,
- Diagnosticados de EII (EC o CU) en fase de remisión,
- Que no recibieran tratamiento con corticoides al menos en los dos meses anteriores al inicio del estudio,
- Que no recibieran ningún tratamiento extra al farmacológico,

- Asistir al centro hospitalario colaborador con el estudio, en este caso, el Hospital General Universitario de Valencia,
- Asistir al calendario y horario establecidos para el estudio,
- Aceptar las condiciones de participación en el estudio indicadas en el consentimiento informado firmado previamente al inicio del estudio,
- \*No tomar corticoides durante las 8 semanas comprendidas entre el pre-test y el post-test<sup>40</sup>,
- \*Realizar el pre-test antes de iniciar la sesión 1 (en caso de grupo experimental) o cita 1 (en caso de grupo control); y posteriormente el re-test al finalizar la sesión 8 (en caso de grupo experimental) o cita con enfermería transcurridas 8 semanas (en caso de grupo control).
- \*En el caso de los pacientes pertenecientes grupo experimental, que al finalizar las 8 semanas de tratamiento al menos hubieran asistido a 6 de las 8 sesiones establecidas (y que obligatoriamente 2 de ellas fueran la 1 y la 8, donde se realizaron las tomas de muestra y se cumplimentaron los cuestionarios<sup>41</sup>).

### 5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Por otra parte, los pacientes que se excluyeron de este estudio fueron aquellos que no cumplían con los requisitos indicados en los criterios de inclusión, o bien que mostraron aversión o rechazo a este tipo de terapia.

---

<sup>40</sup> Los criterios precedidos de un \* indican que se trató de un criterio aplicado únicamente a los participantes que alcanzaron la 2ª fase del estudio, es decir, que pudieron llegar al final de las 8 semanas que duró la intervención en Musicoterapia, tal y como se explicará en el punto 5.3.6.2., pp 127-136

<sup>41</sup> Los cuestionarios cumplimentados por los pacientes fueron, tanto en grupo control como en experimental, los siguientes: Versión española validada de la *Anxiety and Depression Scale* (HADS), Versión española validada del Cuestionario de Estados de Ánimo (MOOD), y Cuestionario reducido sobre calidad de vida en enfermedad inflamatoria intestinal (CCVEII-9).

## **5.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

A continuación, se detallarán las variables contempladas en este estudio, así como los instrumentos de evaluación utilizados para su valoración.

### **5.2.1. VARIABLES**

Se utilizó un instrumento autoadministrado compuesto por varias partes. Una parte recogió información sociodemográfica, como:

- Edad,
- Sexo (masculino o femenino),
- Tipo de EII (EC o CU),
- Índice de actividad (Índice de Harvey-Bradshaw para EC o Índice de Mayo para CU, según el caso),
- Presencia corticoides en medicación,
- Sometimiento o no de intervención quirúrgica.

Otra parte recogió variables a través de un cuestionario estandarizado, como son:

- \*Índices de percepción de la ansiedad y depresión de los pacientes con EII,
- \*Índices de percepción del estado de ánimo de los pacientes con EII,
- \*Índices de percepción subjetiva de calidad de vida de los pacientes con EII.

Y finalmente se aplicó la cuantificación de marcadores bioquímicos a partir de las muestras recogidas, de las variables:

- \*Nivel de cortisol en pelo<sup>42</sup>,
- Nivel de cortisol en saliva,
- Nivel de IgA en saliva.

## 5.2.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para la evaluación de estas variables, los pacientes rellenaron los cuestionarios MOOD y CCVEII-9, así como la escala HADS, todo ello con la finalidad de determinar si la adaptación grupal del método BMGIM para pacientes con EII, fue capaz de disminuir el estado de ansiedad, depresión de los pacientes, así como modificar el estado de ánimo y mejorar la calidad de vida de los mismos.

Por otra parte, para la cuantificación de los marcadores biológicos, se aplicó la técnica ELISA para determinar el nivel de IgA en saliva, y cortisol en pelo y saliva. A continuación, se detallarán cada uno de estos instrumentos empleados en el estudio.

### 5.2.2.1. Cuestionarios

En cuanto a los cuestionarios citados anteriormente, estos fueron cumplimentados por el total de participantes en el calendario y horarios marcados para el pre-test y post-test. A continuación, se describen las características de cada uno.

El primer cuestionario utilizado que se va a comentar fue el *Cuestionario MOOD*. En esta investigación se ha utilizado este cuestionario creado por Rieffe et al. (2004), en su versión adaptada y validada al castellano por Górriz et al. (2013). Esta escala evalúa la frecuencia de los diferentes estados de ánimo (felicidad, enfado, tristeza y miedo) mediante 20 ítems y cuatro dimensiones de 5 ítems cada una de ellas.

Para medir las respuestas de los ítems se utilizó una escala Likert ascendente de tres puntos (1= nunca, 2 = a veces, 3 = a menudo). La consistencia interna de esta escala en su versión española fue buena, oscilando el alfa de

---

<sup>42</sup> Las variables precedidas de un \* son aquellas que se contemplaron con los participantes que alcanzaron la 2ª fase del estudio.

Cronbach entre 0.69 y 0.78 (tristeza  $\alpha = .69$ ; miedo  $\alpha = .69$ ; enfado  $\alpha = .78$  y felicidad  $\alpha = .76$ ) para cada una de las dimensiones, y de 0.85 para la escala total.

Este cuestionario se utilizó precisamente para cuantificar la evolución de la percepción subjetiva de los pacientes con EII en su estado de ánimo a lo largo de las 8 semanas que duró el estudio.

Otro cuestionario que se empleó fue el *Cuestionario reducido sobre calidad de vida en EII o CCVEII-9*. Para evaluar la calidad de vida de los pacientes con EII se utilizó el cuestionario reducido de la calidad de vida de EII de 9 ítems (CCVEII-9) de Alcalá (2003). Es un cuestionario reducido de la versión española del IBDQ (*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*) de 32 ítems.

En este cuestionario, las respuestas están graduadas siguiendo una escala de 7 puntos, en la que 7 representa la mejor función y 1 la peor función, con un rango posible de 9 a 63 puntos. La puntuación directa se obtiene sumando la puntuación de cada uno de los ítems que lo constituye, y se transforma mediante una tabla de transformación específica en la puntuación final. La puntuación final se expresa en una escala entre 0 y 100 puntos, de forma que a menos puntuación corresponde peor calidad de vida y viceversa. El alfa de Cronbach de esta escala oscila de 0.90 a 0.91.

EL CCVEII-9 fue utilizado para valorar la evolución del paciente en la percepción subjetiva de la mejora o empeoramiento de su calidad durante el período de 8 semanas que duró el estudio.

Finalmente, el último cuestionario que describimos es el *Hospitalary Anxiety and Depression Scale*<sup>43</sup> (HADS). Esta escala fue cumplimentada por el total de participantes, en el calendario y horarios marcados para el pre-test y post-test. En este estudio se utilizó la versión española validada del mismo, aplicándose para valorar la evolución de la percepción subjetiva del paciente en las variables ansiedad y depresión, a lo largo de 8 semanas.

---

<sup>43</sup> En castellano, "Escala hospitalaria de ansiedad y depresión".

La escala HADS fue creada por Zigmond y Snaith (1983) en su versión española, traducida y validada por Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986). Posteriormente fue utilizada por diversos autores (Herrero, Blanch, Peri, De Pablo, Pintor y Bulbena, 2003; Quintana, Padierna, Esteban, Arostegui, Bilbao y Ruiz, 2003), que comprobaron sus propiedades psicométricas en el contexto español con enfermos crónicos. Tejero et al. (1986) mostraron que el alfa de Cronbach de esta escala oscilaba entre 0.80 y 0.86 para ambas dimensiones de la escala (ansiedad y depresión) y alrededor de 0.90 para la escala total. Esta escala se compone de 14 ítems que evalúan la percepción de los estados de ansiedad y depresión de los pacientes. Los 14 ítems están distribuidos en dos dimensiones con siete indicadores cada una, siendo las dos dimensiones evaluadas el estado de ansiedad y el de depresión. Cada puntuación de los ítems se evalúa en una escala Likert ascendente de 0 a 3 puntos, donde 0 significa nunca o casi nunca, 1 un poco o de vez en cuando, 2 algo menos que antes o no tan intenso, y 3 dando el máximo o casi siempre. Por último, cabe mencionar que estas escalas se interpretan mediante el sumatorio de cada dimensión siendo 21 el máximo, tanto para el estado de depresión como para el estado de ansiedad.

#### 5.2.2.2. Técnica de Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas (ELISA)

Se utilizó la técnica de ELISA, con la finalidad de cuantificar los niveles de cortisol tanto en pelo y saliva, así como los de IgA en saliva.

El método ELISA se basa en el uso de antígenos o anticuerpos marcados con una enzima, de forma que los conjugados resultantes tengan actividad tanto inmunológica como enzimática. Al estar uno de los componentes (antígeno o anticuerpo) marcado con una enzima e insolubilizado sobre un soporte (inmunoabsorbente), la reacción antígeno-anticuerpo quedará inmovilizada y, por tanto, será fácilmente revelada mediante la adición de un sustrato específico que producirá un color observable a simple vista o cuantificable mediante el uso de un espectrofotómetro o un colorímetro. Existen diferentes tipos de ELISA: directo, indirecto y el sándwich que engloba al doble y al heterólogo. Para el análisis de hormonas e inmunoglobulinas se utiliza el ELISA

directo (ha sido el método utilizado en este estudio), que consta de las siguientes etapas:

- Fijación al soporte insoluble (“tapizado”) de antígenos específicos. Lavado para eliminar los antígenos fijados deficientemente o no fijados.
- Adición de anticuerpos marcados (“conjugados”) con una enzima; si los anticuerpos reaccionan con los antígenos, el complejo quedará solubilizado. Lavado para eliminar los anticuerpos marcados que no hayan reaccionado.
- Adición de un substrato sobre el que sea capaz de actuar la enzima marcadora. Se puede parar la reacción si se desea.
- Lectura visual o colorimétrica del producto final coloreado (Cabañés, 2016).

### 5.3. PROCEDIMIENTO

En la realización del presente estudio se siguieron una serie de pasos, que se pueden apreciar a través del siguiente diagrama en orden cronológico.

FECHA	ACTIVIDAD
Junio-septiembre 2015	- Reuniones con equipo médico Unidad Patología Digestiva Hospital General Universitario de Valencia.
Septiembre 2015	- Entrega de documentación del Informe para el Comité de Ética e Investigación de la Fundación del Hospital General Universitario de Valencia
25 febrero 2016	- Aprobación Proyecto Investigación-estudio por parte del Comité de Ética e Investigación de la Fundación del Hospital General Universitario de Valencia
Marzo-mediados abril 2016	- Proceso de selección de pacientes. - Charlas informativas
Finales abril 2016- Enero 2017	- Trabajo de campo del estudio con los grupos experimental y control

A continuación, se desarrollará cada uno de estos pasos indicados.

### **5.3.1. REUNIONES INICIALES**

Se realizaron varias reuniones iniciales con el equipo médico de la Unidad de Patología digestiva del Hospital General Universitario de Valencia, para presentar el proyecto de estudio. Hubo una valoración positiva y visto bueno para iniciar el siguiente paso.

### **5.3.2. COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN<sup>44</sup>**

Acto seguido, y ayudados por el equipo médico anterior, se presentó el informe del proyecto de Investigación al Comité de Ética e Investigación de la Fundación del Hospital General Universitario de Valencia. Aquí se informó de las características generales del estudio, de los objetivos de este y de la metodología con la que se llevará a cabo, así como también de las necesidades para su realización, con el objetivo de que sea valorado por dicho comité. Finalmente, se obtuvo la aprobación del proyecto de investigación por parte del Comité de Ética.

### **5.3.3. PROCESO DE SELECCIÓN DE PACIENTES<sup>45</sup>**

Con el visto bueno por parte del Comité de Ética e Investigación, se inició el proceso de selección aleatorio de pacientes para grupo control y experimental, llevado a cabo por el personal médico y de enfermería de la Unidad de Patología Digestiva del Hospital General Universitario de Valencia<sup>46</sup>, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Se facilitó un documento a los médicos responsables de esta unidad, en el que se explicaba en qué consistía el estudio, y así les permitía delimitar la inclusión o exclusión de los pacientes

---

<sup>44</sup> La resolución del proyecto presentado al Comité de Ética e Investigación de la Fundación del Hospital General Universitario de Valencia, se encuentra en el Anexo 2, p. 227.

<sup>45</sup> Se realizó tomando en cuenta los criterios de selección de pacientes indicados anteriormente en el punto 5.1.1. y 5.1.2., pp. 117-118.

<sup>46</sup> Recordar que más adelante se sumaron al estudio pacientes derivados de las Unidades de Patología Digestiva de otros hospitales, tal y como se detalló en el apartado 5.1., p. 115.

en este. Además, se les facilitó un sencillo folleto explicativo<sup>47</sup> para entregar a los pacientes con EII interesados en participar en el estudio.

#### **5.3.4. CHARLA INFORMATIVA**

Desde enfermería, una vez se informaba de que había un mínimo de 5-6 pacientes interesados en participar como grupo experimental, el autor y también terapeuta de esta tesis, realizaba una charla informativa para pacientes con EII interesados en participar como grupo experimental. En ella, el terapeuta se presentaba, indicaba las motivaciones de la investigación, qué se pretendía con esta, así como los detalles sobre las sesiones (calendario y horario, explicación del contenido y formato de las sesiones, detalles sobre el procedimiento para con los cuestionarios y toma de muestras).

Para finalizar la charla, el terapeuta realizaba una pequeña inducción verbal para que los asistentes pudieran entrar en una suave relajación, y después de esta se reproducían dos pistas de música<sup>48</sup>. La finalidad de esta dinámica final de la charla, era que los potenciales pacientes de musicoterapia, pudieran vivenciar una pequeña muestra de la parte musical que más adelante acontecía en las sesiones. Tras esto, los pacientes decidían si continuar adelante con las 8 sesiones, o bien retirarse del estudio como paciente del grupo experimental (tal vez integrándose en el grupo control, o bien no formando parte del estudio definitivamente).

#### **5.3.5. FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A los pacientes que finalmente pudieron establecer el compromiso de sesiones pactado<sup>49</sup>, se les proporcionó un modelo de consentimiento informado firmado por ambas partes. Con los pacientes con el perfil requerido que no querían o no

---

<sup>47</sup> El modelo de folleto facilitado por los médicos a los pacientes se encuentra en Anexo 3, p. 229.

<sup>48</sup> Las pistas de música era del estilo *New Age* (generalmente del grupo *Secret Garden*), que tenían como características: tempo pausado, armonía consonante, melodía con instrumento solista y sin saltos interválicos pronunciados, con timbres predominantes de voz y cuerdas

<sup>49</sup> Una vez por semana, de 9:00 a 11:00 a.m., durante 8 semanas consecutivas, en caso del grupo experimental; 1 día a las 9:00 a.m. y después a las 11:00 a.m., y después de 8 semanas, el mismo día de la semana que el día 1, a las 11:00 a.m., para el grupo control.

podían participar de las sesiones de Musicoterapia (pero que aun así querían contribuir al estudio), el equipo médico les propuso la participación como grupo control, y con aquellos que aceptaron, también se les facilitó un modelo de consentimiento informado, firmado del mismo modo.

### **5.3.6. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN**

A continuación, por una parte se pasará a detallar el protocolo de intervención realizado con el grupo control tanto en la fase inicial como en la fase final. Asimismo, se detallará el protocolo de intervención llevado a cabo con el grupo experimental, primero en la fase inicial, durante el tratamiento de 8 semanas, y en la fase final.

#### **5.3.6.1. Protocolo de intervención grupo control**

##### **- Fase inicial con grupo control.**

El equipo médico citó a los pacientes a las 8:30 a.m. del día 1. Aquí la enfermera facilitaba a los pacientes los cuestionarios para que los rellenaran (pre-test). Paciente por paciente, la enfermera iba tomando las muestras de pelo y saliva de cada uno de ellos. Las muestras de pelo eran introducidas en un sobre con el código de identificación de cada paciente, y los tubos de saliva (con el mismo código empleado para las muestras del pelo) eran almacenados en una nevera portátil con hielo para, inmediatamente después de la sesión, ser congeladas y así preservarlas hasta su análisis. De todos los pacientes se obtuvo pelo capilar con un tamaño mínimo de 3 centímetros, del que se obtuvo el nivel de la hormona cortisol, a través del análisis realizado mediante el protocolo de la técnica de ELISA, utilizando en cada caso el Kit comercial específico. De la muestra de saliva de cada paciente, se cuantificó el cortisol e IgA mediante el mismo método citado anteriormente.

Una vez realizado todo lo anterior, los pacientes se quedaron en la sala de espera desde que terminó el pre-test hasta las 11:00 a.m., permaneciendo en el centro hospitalario sin realizar ninguna actividad. Se les indicó que debían quedarse en la sala de espera (pudiendo ir al baño si lo necesitan), pero no podían ingerir comida ni bebida (agua sí estaba permitido) en ese período. A

las 11:00 a.m., se volvió a tomar una muestra de saliva, que fue congelada y de la que se realizó más adelante su análisis, utilizando el mismo proceso detallado anteriormente.

- Fase final-cierre con grupo control.

Transcurridas 8 semanas exactas de la cita 1, el equipo médico citó de nuevo a los pacientes, a las 11:00 a.m. Aquí, de nuevo la enfermera, como en la fase inicial, facilitó a los pacientes los cuestionarios para que los rellenaran (post-test). Uno a uno, la enfermera iba tomando las muestras de pelo de cada paciente. Las muestras de pelo eran introducidas en un sobre con el código de identificación de cada paciente (el mismo que en la fase inicial). El procedimiento analítico de cortisol fue el mismo que se indicó para la fase inicial.

5.3.6.2. Protocolo de intervención grupo experimental

- Fase inicial con grupo experimental.

A las 8:30 a.m., 30 minutos antes del día de la sesión 1, acudieron los pacientes integrantes de cada subgrupo experimental<sup>50</sup>. Aquí la enfermera facilitó a los pacientes los cuestionarios para que los rellenaran (pre-test). Paciente por paciente, la enfermera fue tomando las muestras de pelo y saliva de cada uno de ellos. Las muestras de pelo eran introducidas en un sobre con el código de identificación de cada paciente, y los tubos de saliva (con el mismo código para cada paciente) eran almacenados en una nevera portátil con hielo para inmediatamente después de la sesión ser congeladas, y así preservarlas hasta su análisis. De todos los pacientes se obtuvo pelo capilar con un tamaño mínimo de 3 centímetros, del que se obtuvo el nivel de la hormona cortisol a través del análisis realizado mediante el protocolo de la técnica de ELISA, utilizando en cada caso el Kit comercial específico. De la muestra de saliva de

---

<sup>50</sup>La denominación “subgrupos del grupo experimental” es debida a que, dentro del grupo experimental, las sesiones se desarrollaron con grupos integrados por pequeñas agrupaciones de 4 a 7 personas, pues esto facilitaba el trabajo del terapeuta. Si se hubiera realizado con grupos más amplios, se hubiera perdido el cariz terapéutico (pues no hubiese facilitado la confianza y vínculo inter-pacientes, y pacientes-terapeuta).

cada paciente, se realizó la cuantificación de cortisol e IgA mediante el mismo método citado anteriormente.

Posteriormente, de 9:00h a 11:00 a.m, se llevó a cabo la sesión 1 de musicoterapia BMGIM adaptada a grupo reducido. La realización de cada sesión grupal 1 con cada subgrupo del grupo experimental, tuvo una serie de fases y procedimientos, que se detallan a continuación:

1. *Preparación de la sala antes de la sesión*<sup>51</sup>. El terapeuta llegaba a las 8:00 a.m. el día de la sesión 1, para poder organizar y acondicionar la sala. Primeramente, separaba la sala en dos espacios diferenciados, dejando una zona con sillas dispuestas en forma de U cerrada (zona A de charla previa y final de sesión), y otra zona diáfana (zona B para el viaje musical). A continuación, con el espacio de trabajo preparado, el terapeuta preparaba sus materiales de trabajo: ordenador conectado a mesa de sonido autoamplificada con altavoces externos, música en formato digital wav, cuaderno de anotaciones, cámara de fotos (para fotografiar los mandalas de los pacientes). De igual manera, preparaba los materiales que utilizaban posteriormente los pacientes, como los folios tamaño DIN A3 con círculo-mandala (sobre fondo blanco y negro); así como otros materiales que, aunque se pedía a los pacientes que cada uno trajese los suyos propios, se disponía de algunos de ellos, a modo de repuesto, en caso de olvido por parte del paciente: cajas de pinturas (de cera y maderas), esterillas acolchadas, mantas de viaje, cojines, antifaces opacos para los pacientes a los que les pudiera molestar que hubiese algo de luz en la fase del viaje musical, etc.

---

<sup>51</sup> Hay que tener en cuenta que las sesiones se desarrollaban en un aula del edificio de "Ciències de la Salut" del Hospital General Universitario de Valencia (aulario de la Universitat de València), un espacio destinado a la docencia universitaria. El aula estaba ubicada en el semisótano del edificio, con ventanas en parte alta de la pared combada del fondo de la sala, con cortinas opacas que permitían casi la oscuridad total. Esta sala tenía sillas de pala que ocupaban la práctica totalidad del espacio (siendo la mayoría desplazadas al fondo de la sala para el desarrollo de las sesiones), y contaba además con una mesa con ordenador y proyector, por lo que cada día que se desarrollaba la sesión, había que acondicionar la sala, preparándola antes y dejándola después como estaba antes de empezar.

2. *Entrada de los pacientes en sala.* A las 9:00 a.m., iban accediendo a la sala los pacientes, dejando sus efectos personales en las sillas del fondo de la sala, y pasando a sentarse cada uno en una silla de la zona A (excepto en la silla del terapeuta). Esta parte duraba de 5 a 10 minutos.
3. *Presentaciones.* Ya todos ubicados en la zona A, primero se presentaba el terapeuta y recordaba los detalles del trabajo que se iba a hacer en esta sesión y en las otras siete<sup>52</sup>. Después, pasaban a presentarse cada uno de los pacientes: indicando su nombre, diagnóstico y relación con la enfermedad (desde cuando fue diagnosticada, su evolución, y estado actual), medicación, y finalmente, qué esperaba de las sesiones de musicoterapia, sus expectativas (si es que las tenía). Si a partir de aquí alguien quería añadir algo más a esto, se le permitía. Esta parte solía durar unos 15 a 30 minutos (dependiendo del número de pacientes, pues hubo grupos de 4 y otros de hasta 7 personas, aumentando la duración de esta parte en proporción directa al número de pacientes).
4. *Transición de zona A a zona B.* El terapeuta explicaba a los pacientes que a continuación se iban a trasladar a la zona B, en la que se desarrollaría el “viaje musical”. Esta primera sesión iba a ser el primer contacto con una experiencia que se iría repitiendo en sesiones venideras, por lo que serviría para poder observar (el terapeuta a los pacientes) y observarse (cada paciente consigo mismo) el manejo en un estado de relajación o ENOC durante la audición musical. El terapeuta remarcaba la importancia de concentrarse en la inducción verbal que a posteriori el terapeuta iba a realizar, así como poder “dejarse llevar” y fluir con la música durante su audición. Con esto aclarado, los pacientes pasaban a la zona B, la zona del viaje musical, colocando sus esterillas, cojines, mantas, y dejando junto a ellos en el suelo los lápices de colores. Esta parte tenía una duración de 5 minutos aproximadamente.

---

<sup>52</sup>Cabe indicar que, aunque ya hubo una charla de presentación en la que el terapeuta se presentó y explicó los pormenores del trabajo que se iba a realizar en las sesiones, aquí se volvía a repetir esto de manera resumida, ya que había algunos pacientes que no habían podido asistir a dicha presentación.

5. *Inducción*. Una vez los pacientes ya se encontraban tumbados y acomodados en las esterillas, el terapeuta les pedía que cerrasen los ojos. A partir de ahí, este empezaba a dar unas indicaciones verbales para favorecer el abandono de la percepción del entorno (ruidos de dentro y fuera de la sala, pensamientos distractores) así como la concentración hacia los procesos internos (el sonido de sus vísceras, el latido de su corazón y finalmente, el sonido de la propia respiración). Con un ritmo tranquilo, con pausas suficientes para que los pacientes pudieran seguir las indicaciones, el terapeuta poco a poco iba dando instrucciones que permitían al paciente entrar en una paulatina relajación corporal. Las instrucciones iban dirigidas a diferentes segmentos corporales, haciendo que fijaran la atención en estas partes primero, y después (con la ayuda de la respiración), notaran cómo esta parte quedaba relajada, al exhalar el aire. Este proceso se hacía empezando normalmente por la cabeza-cuello; siguiendo por el tronco (pecho-estómago y espalda); y brazos (de hombro a puntas de dedos de las manos); y finalizando por las piernas (pelvis - glúteos - muslos - rodillas - pantorrillas - tobillos - pies a puntas de dedos de los pies). Una vez terminada la inducción por todo el cuerpo, el terapeuta indicaba el propósito para esta sesión, en este caso “Ahora trasládete a tu lugar favorito. Deja que la música te ayude a imaginar y a sentir. Déjate fluir con la música”. Esta parte duraba entre 5 a 7 minutos.
6. *Viaje Musical*. Justo después de pronunciar el propósito de la sesión, el terapeuta activaba el reproductor de música. Durante la música, el terapeuta permanecía en silencio. En este caso, las piezas musicales seleccionadas eran las piezas 3 (*Song from a secret garden*) y 4 (*Serenade to Spring*), con una duración de 3'35" y 3'16" respectivamente, del álbum “*Songs from a secret garden*” del año 1996, del grupo musical irlandés-noruego “*Secret Garden*”. Son piezas seleccionadas que forman parte de los programas utilizados en el método BMGIM. Esta parte tenía una duración de unos 7 minutos.

7. *Retorno a la conciencia habitual.* Al finalizar la selección musical, el terapeuta quedaba en silencio unos 30 segundos, para favorecer la vuelta al silencio después de la música, y permitir la asimilación de las imágenes y sensaciones vivenciadas durante el viaje por cada paciente. A partir de ahí, el terapeuta volvía a hablar, haciendo que el paciente retomara las riendas de su respiración, haciéndola consciente; volviendo a sentir su cuerpo apoyado, y empezando a mover suavemente los dedos de las manos, los pies; estirando poco a poco el cuerpo; y finalmente, cada paciente a su tiempo, se invitaba a que fueran abriendo los ojos e incorporándose, preparándose para dibujar. Esta parte duraba entre 2 a 3 minutos.
8. *Integración de la experiencia.* Cada paciente se volcaba en pintar en un folio con un círculo central o “mandala” lo más significativo de la experiencia, realizando un dibujo libre. El terapeuta recordaba que durante la realización del dibujo se debía estar en silencio, favoreciendo así la concentración en la tarea, sin hablar mientras hacen esto. Esta parte se prolongaba hasta 15 minutos. Una vez terminado el dibujo, cada paciente debía ponerle un título. A partir de aquí, los pacientes se iban levantando en la medida que iban terminando, y pasaban de nuevo a la zona A de la sala.
9. *Puesta en común.* Ya acomodados en las sillas de la zona A de nuevo, el terapeuta daba la palabra cada vez a un paciente, y le pedía que explicara qué había tratado de plasmar con su dibujo, así como los detalles del viaje (imágenes, sensaciones, etc). Después, el terapeuta le pedía al paciente que tratara de relacionar lo dibujado y vivenciado en el viaje con ese lugar favorito, ayudando al paciente a establecer estas conexiones. Una vez que un paciente terminaba su relato, el terapeuta daba la palabra a otro paciente, repitiendo este proceso hasta finalizar el último paciente. Esta parte podía durar entre 20 a 30 minutos (la duración dependía, al igual que en el punto 3, del número de pacientes).
10. *Despedida.* El terapeuta daba por terminada la sesión, recordando a los pacientes el horario y fecha de la siguiente sesión, así como la

importancia de la puntualidad. Esta parte era muy breve, entre 1 y 2 minutos.

Una vez finalizada la primera sesión con cada subgrupo experimental, a las 11:00 a.m., la enfermera les esperaba en el exterior de la sala, y se producía una nueva recogida de muestras de saliva de cada paciente siguiendo el mismo procedimiento de almacenaje y clasificación en tubos, así como su conservación, que se indicó en la fase de pre-test.

- Fase de tratamiento.

Con cada uno de los subgrupos del grupo experimental, se realizaron 7 sesiones más ininterrumpidas, con una frecuencia de una vez por semana, siempre el mismo día de la semana y en la misma franja horaria (de 9:00 a.m. a 11:00 a.m.). La realización de cada una de estas sesiones, tuvo una serie de fases y procedimientos que se replicó en todas ellas, y que se pasa a detallar:

1. *Preparación de la sala antes de la sesión.* Ídem de la fase inicial.
2. *Entrada de los pacientes en sala.* Ídem de la fase inicial.
3. *Pre-sesión verbal.* Esta parte era ligeramente diferente de la primera sesión. Ya todos ubicados en la zona A, primero hablaba el terapeuta y les daba la bienvenida. A continuación, les indicaba a los pacientes que se iba a abrir un turno de palabra a cada uno de ellos, y era un espacio para que indicaran como se encontraban desde la sesión pasada, si recordaban algo de esta o de sus sueños recientes, y si habían podido poner conciencia sobre alguna cosa acontecida en sesión y que posteriormente fue procesada. Finalmente, se pedía que cada paciente pudiera exponer un tema de trabajo para la sesión. A partir de ahí, empezaba un turno de palabra breve para cada paciente (5 a 10 minutos por cada uno), y a partir del tema de trabajo, el terapeuta ayudaba a cada paciente a concretarlo al máximo en una frase sencilla, que constituiría el propósito personal para cada paciente para esa sesión. Al finalizar la ronda de turnos de palabra, el terapeuta pedía al grupo si podía establecerse un tema común entre todos, en el caso de que

hubiera un nexo común entre los temas expuestos. En caso afirmativo, el propio grupo ponía el foco con una frase construida entre todos; otras veces, ante la imposibilidad de realizar un foco común, cada paciente se quedaba con su propósito individual. Y después de esto, ya se pasaba a la zona para el viaje musical.

4. *Transición de zona A a zona B.* Los pacientes pasaban a la zona B, la zona del viaje musical, colocando sus esterillas, cojines, mantas, y dejando junto a ellos en el suelo los lápices de colores. Esta parte tenía una duración de 5 minutos aproximadamente.
5. *Inducción.* El procedimiento en esta fase fue igual que en la fase inicial de la sesión 1, con la diferencia que al finalizar la inducción, el terapeuta indicaba “pon en el fondo de tu pensamiento tu propósito para hoy”, explicitándolo en caso de un foco grupal; o dejando simplemente la frase anterior, pudiendo así cada paciente colocar su propósito personal.
6. *Viaje Musical.* Aquí, las piezas musicales utilizadas fueron variadas, y se utilizaron unas u otras dependiendo de la profundidad de los temas tratados, la energía presente en el grupo, la capacidad de contención, etc, y esto variaba sesión tras sesión. Las selecciones musicales utilizadas eran piezas de los programas originales de Bonny. Solían ser 1 o 2 piezas, oscilando la duración de cada viaje de 7 a 17 minutos, dependiendo. Algunas de estas selecciones fueron piezas de trabajo<sup>53</sup> o piezas de cierre<sup>54</sup>:
  - Concierto para piano nº 5 “Emperador”, Adagio un poco mosso, de L. W. Beethoven, 8’01” (pieza de trabajo).

---

<sup>53</sup> Son piezas musicales que en los programas de GIM, son las que suelen estar en el centro del programa musical, y son aquellas con una mayor carga emotiva. Estas piezas podían darse sin otra más que le siguiera, o bien ser seguida por una de cierre (a criterio del terapeuta).

<sup>54</sup> Son piezas musicales que en los programas de GIM se utilizan después de una pieza intensa de trabajo, o para finalizar el programa, a modo de regreso tranquilo y paulatino, antes de regresar a la conciencia habitual.

- Concierto para Cello en Do, Adagio, de J. Haydn, 9'50" (pieza de trabajo).
- Concierto nº 2 para piano, Andante, de J. Brahms, 12'40" (pieza de trabajo).
- Varias piezas del álbum "*Unforgettig hearth*" del grupo "*Secret Garden*", de unos 10 minutos de duración. Hacían la función de piezas suaves de trabajo.
- Varias piezas del álbum "*Secret Garden*" del grupo homónimo, de unos 10 minutos de duración. Hacían la función de piezas suaves de trabajo.
- Sinfonía nº4, andante moderato, de J. Brahms, 12'50" (pieza de trabajo).
- *Cello song*, del álbum "*Chilhood remembered*" del grupo "*Secret Garden*", 7'00" (pieza de trabajo).
- "Preludio de la siesta de un fauno", de C. A. Debussy, 11'41" (pieza de trabajo).
- Venus, de la sinfonía "Los Planetas", de G. Holst, 8'36" (pieza de trabajo).
- Sheep may safely graze, de J. S. Bach, 5'39" (pieza de cierre).
- Serenata para vientos, de W.A. Mozart, 5'41" (pieza de cierre).
- Ave Verum, de W.A. Mozart, 4'00" (pieza de cierre).
- Pie Jesu, de la "misa de Requiem" de A.L.L. Weber, 3'59" (pieza de cierre).
- Fantasy on Greensleaves, de Vaughan Williams, 4'14" (pieza de cierre).

7. *Retorno a la conciencia habitual.* Ídem fase inicial de sesión 1.

8. *Integración de la experiencia.* Ídem fase inicial de sesión 1.

9. *Puesta en común.* Ya acomodados en las sillas de la zona A de nuevo, el terapeuta daba la palabra cada vez a un paciente, y le pedía que explicara que había tratado de plasmar con su dibujo, así como los detalles del viaje (imágenes, sensaciones, etc). Después, el terapeuta le

pedía al paciente que tratara de relacionar lo dibujado y vivenciado en el viaje con su propósito y momento vital actual, ayudando al paciente a establecer estas conexiones. Una vez que un paciente terminaba su relato, el terapeuta daba la palabra a otro paciente, repitiendo este proceso hasta finalizar. Esta parte podía durar entre 20 a 30 minutos (la duración dependía, al igual que en el punto 3, del número de pacientes).

10. *Despedida*. Ídem fase inicial de sesión 1, pidiendo a las pacientes que para la siguiente sesión trajeran todos los mandalas que habían pintado durante el proceso.

- Fase final-cierre con grupo experimental.

Con la 8ª sesión, se terminaba este mini-proceso terapéutico. El procedimiento de esta última sesión tuvo algunas diferencias con las otras 6, y se pasa a detallar:

1. *Preparación de la sala antes de la sesión*. Ídem de la fase inicial y de tratamiento.
2. *Entrada de los pacientes en sala*. Ídem de la fase inicial y de tratamiento.
3. *Pre-sesión verbal*. Esta parte era ligeramente diferente de las anteriores 6 sesiones. Ya todos ubicados en la zona A, primero hablaba el terapeuta y les daba la bienvenida. A continuación, les indicaba a los pacientes que se iba a abrir un turno de palabra a cada uno de ellos, y era un espacio para que indicaran como se encontraban desde la sesión pasada, si recordaban algo de esta o de sus sueños recientes, y si habían podido poner conciencia sobre alguna cosa acontecida en sesión y que posteriormente fue procesada. Una vez terminada la ronda de turnos de palabra, el terapeuta pedía a cada paciente que sacara sus mandalas, y que los observara por orden, uno detrás de otro, y que tratara de percibir la esencia de cada uno de ellos. A partir de ahí, se abría un nuevo turno de palabra, y con los mandalas expuestos en el suelo delante de cada paciente, se pedía que cada uno contara sus impresiones al verlos, lo que recordaba o sentía de cada mandala y viaje

asociado. Así se repetía este proceso, paciente tras paciente, hasta completar la ronda. El terapeuta les indicaba que en esta última sesión, de igual manera que sucedió en la primera, sería él mismo el que pondría el foco-propósito para el viaje del grupo, un tema que invitaba al cierre.

4. *Transición de zona A a zona B.* Ídem de la fase de tratamiento.
5. *Inducción.* El procedimiento en esta fase fue igual que en la fase inicial de la sesión 1, con la diferencia que al finalizar la inducción, el terapeuta decía las siguientes palabras “ahora imagina una gran superficie, una gran superficie en la que están expuestos tus mandalas. Deja que la música te ayude a hacer un último viaje a través de ellos, abriéndote a sentir e imaginar”. Y empezaba la música.
6. *Viaje Musical.* Aquí, en esta sesión de cierre, las piezas musicales fueron una constante: 1) “*The Hero’s life, death of the hero*”, de Richard Strauss, 8’22”. Es una pieza orquestal con matices dinámicos muy marcados, cuyo desarrollo evoca un viaje que poco a poco va haciéndose grande, hasta llegar a un clímax ciertamente heroico y expansivo. 2) *Aria en Sol*, de J. S. Bach, 5’53”. Es una pieza muy contenedora, que sirve para encontrar de nuevo la serenidad e ir “aterrizando” poco a poco, después de la intensidad de la pieza anterior.
7. *Retorno a la conciencia habitual.* Ídem de la fase inicial y de tratamiento.
8. *Integración de la experiencia.* Ídem de la fase inicial y de tratamiento.
9. *Puesta en común.* Ya acomodados en las sillas de la zona A de nuevo, el terapeuta daba la palabra cada vez a un paciente, y le pedía que explicara que había tratado de plasmar con su dibujo, así como los detalles del viaje (imágenes, sensaciones, etc). Después, el terapeuta le pedía al paciente que tratara de relacionar lo dibujado y vivenciado en el viaje con su propósito y momento vital actual, ayudando al paciente a establecer estas conexiones. Una vez que un paciente terminaba su relato, el terapeuta daba la palabra a otro paciente, repitiendo este

proceso hasta finalizar. Esta parte podía durar entre 20 a 30 minutos (la duración dependía, al igual que en el punto 3, del número de pacientes). Una vez terminada la ronda, el terapeuta pedía, a modo de cierre, que cada uno verbalizara qué se llevaba de las 8 sesiones de musicoterapia, si se habían cumplido sus expectativas iniciales, y para qué le había servido.

10. *Despedida*. Ídem de la fase inicial y de tratamiento, invitando a los pacientes a realizar el post-test con la enfermera, que les estaba esperando fuera de la sala.

Nada más finalizar la 8ª sesión, a las 11:00 a.m., de nuevo la enfermera, como en la fase inicial, facilitó a los pacientes los cuestionarios para que los rellenaran (post-test). Uno a uno, la enfermera iba tomando las muestras de muestras de pelode cada paciente. Las muestras de pelo eran introducidas en un sobre con el código de identificación de cada paciente (el mismo que en la fase inicial). El procedimiento analítico de cortisol será el mismo procedimiento que el indicado en la fase inicial.

#### **5.4. ANÁLISIS DE DATOS**

Para realizar el tratamiento estadístico de los datos obtenidos, se han utilizado diferentes técnicas de análisis estadísticos de los datos con la finalidad de responder a los objetivos e hipótesis de la investigación previamente planteados. Para realizar los análisis estadísticos, se ha utilizado un programa informático especializado en el análisis estadístico en el área de Ciencias Sociales, el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versión 21. A continuación, se enumeran y describen los principales análisis estadísticos realizados:

- Análisis descriptivo de variables. Cálculo de estadísticos descriptivos como porcentaje, media, desviación típica, promedio de las escalas y valores máximo y mínimo.
- Análisis diferencial intragrupos. Para analizar las diferencias entre cada una de las variables en función del pre-test y del post-test dentro de cada grupo:

grupo control y grupo experimental. También se ha utilizado el estadístico de potencia ( $r$ ).

- Análisis de covarianza. Utilizando las medidas pre-test como covariables, el tipo de tratamiento como factor intersujetos y siendo los post-test las variables dependientes. Para ello, en primer lugar se han comprobado que se cumplieran los supuestos para poder realizar el análisis de covarianza (ANCOVA): la covariable tiene un efecto estadísticamente significativo sobre las puntuaciones del post-test tratamiento, no existe efecto estadísticamente significativo entre la variable covariada y la independiente de tratamiento, y hay ausencia de interacción estadísticamente significativa entre la variable covariada y la variable de tratamiento (pendientes de regresión homogéneas). El análisis de covarianza con el pre-test como covarianza fue usado para probar la hipótesis nula de no diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo de comparación. Se usó un nivel de confianza de 0.05 como diferencia significativa.

## 5.5. ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización de este estudio, se han tenido en cuenta los aspectos éticos expresados en la declaración de Helsinki<sup>55</sup> (WMA<sup>56</sup>, 2015) y el informe de Belmont<sup>57</sup> (HHS<sup>58</sup>, 2016), obedeciendo a los principios de justicia, no maleficencia y autonomía.

El autor de esta tesis garantiza la confidencialidad de los datos personales de las historias clínicas consultadas; para ello, se aplicará un protocolo de

---

<sup>55</sup> La Declaración de Helsinki fue promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMM) como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la experimentación con seres humanos, adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia.

<sup>56</sup> Siglas de *World medical Association*, en castellano Asociación Mundial Médica.

<sup>57</sup> El Informe Belmont es un informe creado en 1979 por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, titulado "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación". Recibió este nombre por el lugar donde esta Comisión Nacional se reunió para delinear el primer informe, el Centro de Conferencias Belmont.

<sup>58</sup> Siglas del *United States Department of Health & Human Services*, en castellano, Departamento de Salud y Servicios humanos de EE.UU.

codificación individual de cada paciente para garantizar la confidencialidad de la identidad e información procedente de los pacientes incluidos en el estudio, de acuerdo con el Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre por el que se aprueba el desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal (BOE, 2007).

Además, se facilitaron dos copias del consentimiento informado a cada paciente (para su firma, una copia para equipo investigador y una para el paciente), en el que se matizaron los detalles del estudio: objetivos, procedimientos, beneficios, riesgos, y finalmente indicaciones sobre la confidencialidad y anonimato del estudio, así como la libre participación en él por parte del paciente. En este mismo documento, se les indicó a los pacientes que este estudio había sido aprobado y tenía la viabilidad del Comité de Ética e Investigación del Hospital General Universitario de Valencia y consentimiento informado, un criterio ético y de garantía para el paciente.



# CAPÍTULO VI

---

## RESULTADOS

### 6.1. RESULTADOS

En el presente apartado se muestran los resultados derivados de la investigación, con los cuales se intenta responder a los objetivos e hipótesis previamente planteados en este estudio. En primer lugar, se muestra una tabla con el análisis descriptivo de las variables objeto de estudio (escala HADS; cuestionarios MOOD y CCVEII; hormona cortisol e IgA). En segundo lugar, se analizarán las diferencias existentes en el grupo control entre el pre-test y el post-test en cada una de las dimensiones de las escalas-cuestionarios y de los niveles de los marcadores biológicos. Seguidamente, se analizarán las diferencias existentes en el grupo experimental entre el pre-test y el post-test también en cada una de las dimensiones de las escalas y de los niveles de los marcadores biológicos. Para finalizar, se analizan a través de ANCOVA's las diferencias en el post-test entre el grupo control y el grupo experimental.

#### 6.1.1. PRINCIPALES DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO

En este apartado se presentan los principales resultados descriptivos derivados de las variables objeto de estudio. En tabla 1 se muestran la media y la desviación típica para cada dimensión de los cuestionarios MOOD y CCVEII, de la escala HADS, y de los marcadores biológicos de la hormona cortisol y de la IgA.

En la tabla 1, se puede observar que la media de las dimensiones del cuestionario MOOD tiene valores diferentes dependiendo de cada una de sus dimensiones. Las puntuaciones en la dimensión de tristeza son bajas, ya que los valores de las medias oscilan tanto en el grupo control como experimental en el pre-test y el post-test entre 0.30 a 0.65 en un rango de 0 a 2. En la

dimensión de miedo, las puntuaciones son algo más elevadas para ambos grupos, sobre todo en el pre-test ( $\bar{x} = 0.95 - 0.92$ ) y algo inferiores en el post-test ( $\bar{x} = 0.88 - 0.64$ ). En el caso de la dimensión de enfado, los valores son medios, siendo algo superiores las medias a las dos dimensiones anteriores. Los pacientes que forman parte del grupo experimental puntúan en el pre-test un poco superior ( $\bar{x} = 1.01$ , DT = 0.51) que los del grupo control ( $\bar{x} = 0.96$ , DT = 0.40). En el caso del post-test, son los pacientes del grupo experimental los que presentan medias inferiores ( $\bar{x} = 0.50$ , DT = 0.43) respecto a los del grupo control ( $\bar{x} = 1.06$ , DT = 0.44). Por último, en cuanto a la dimensión de felicidad, los valores son altos, siendo las medias superiores a 1 en una escala de 0 a 2 tanto en el grupo control en el pre-test y post-test ( $\bar{x} = 1.42$ , DT = 0.67;  $\bar{x} = 1.38$ , DT = 0.60 respectivamente) y en el grupo experimental ( $\bar{x} = 1.30$ , DT = 0.60,  $\bar{x} = 1.14$ , DT = 0.79 respectivamente). A continuación, en la siguiente tabla se pueden observar los resultados:

Tabla 1

*Estadísticos descriptivos (rangos, medias y desviaciones típicas) y alfa de Cronbach de las dimensiones de la escala BES, la escala y la escala de Tolerancia a la Diversidad.*

Variables	Rango	Grupo control				Grupo experimental			
		Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
		$\bar{X}$	D.T.	$\bar{X}$	D.T.	$\bar{X}$	D.T.	$\bar{X}$	D.T.
<b>Cuestionario MOOD</b>									
Factor 1- Tristeza	0-2	0.65	0.65	0.63	0.54	0.66	0.54	0.30	0.37
Factor 2- Miedo	0-2	0.92	0.31	0.88	0.40	0.95	0.43	0.64	0.50
Factor 3.- Enfado	0-2	0.96	0.40	1.06	0.44	1.01	0.51	0.50	0.43
Factor 4.- Felicidad	0-2	1.42	0.67	1.38	0.60	1.30	0.60	1.14	0.79
<b>Escala HADS</b>									
Factor 1- Ansiedad	0-21	8.94	4.48	7.11	4.13	10.61	4.45	5.81	4.72
Factor 2- Depresión	0-21	5.28	4.85	4.83	4.45	5.15	4.28	2.58	3.47
<b>Marcadores biológicos<sup>59</sup></b>									
Cortisol pelo(pg/mg)	-	6.54	4.32	9.90	13.68	8.14	8.19	5.45	6.90
Cortisol saliva(ng/ml)	-	9.74	12.17	13.83	13.54	5.34	4.28	2.94	2.76
IgA(mg/dl)	10-30	10.16	7.67	11.64	15.84	5.31	4.96	8.16	8.73
Cuestionario CCVEII	9-63	43.89	10.31	43.33	15.87	34.91	9.77	43.13	23.17

*Nota:*  $\bar{X}$ =Media; DT=Desviación Típica; MOOD se evalúa en una escala Likert de 1 altamente en desacuerdo a 5 muy de acuerdo; HADS se evalúa en una escala Likert de 0=Nunca a 3=Siempre; CCVEII se evalúa en una escala de 1 (peor función) a 7 (mejor función).

<sup>59</sup> Los valores rango de cortisol en pelo y saliva no se especifican porque dependen de la edad en ambos casos. En la literatura, los intervalos de edad descritos son mucho más cortos y concretos, y dada la heterogeneidad etaria del grupo de pacientes con EII del estudio (oscilando de 20 a 69 años), no es posible este detalle. Por otra parte, los valores rango de cortisol en saliva tampoco se han especificado, pues su nivel oscila a lo largo del día al seguir un ritmo circadiano.

En cuanto a las dimensiones de la escala HADS, se han analizado las medias de los sumatorios de ambas dimensiones que oscilan en un rango de 0 a 21 puntos. En la dimensión de ansiedad las puntuaciones son medias-bajas en el pre-test tanto del grupo control como experimental ( $\bar{x} = 8.94$ ,  $DT = 4.48$ ,  $\bar{x} = 10.61$ ,  $DT = 4.45$  respectivamente). En cuanto a las medias de las puntuaciones del post-test en el caso del grupo control, estas siguen siendo medias, aunque un poco más bajas que en el pre-test ( $\bar{x} = 7.11$ ,  $DT = 4.13$ ) mientras que en el grupo experimental estas pasan a ser bajas ( $\bar{x} = 5.81$ ,  $DT = 4.72$ ). En cuanto a la dimensión de depresión los valores son inferiores a los de ansiedad, considerándose bajos ya que ninguno de ellos llega a los 10 puntos. En el caso del grupo control los valores son similares para el pre-test y el post-test ( $\bar{x} = 5.28$ ,  $DT = 4.85$ ,  $\bar{x} = 4.83$ ,  $DT = 4.45$  respectivamente), mientras que en el caso del grupo experimental, los valores en el post-test son la mitad que los del pre-test ( $\bar{x} = 5.15$ ,  $DT = 4.28$ ,  $\bar{x} = 2.58$ ,  $DT = 3.47$  respectivamente).

En cuanto a los valores medios de los marcadores biológicos, los valores de la concentración de cortisol en pelo, oscilan entre 5.45 y 9.90 pg/mg, y podemos observar que en el grupo control los valores son superiores en el post-test respecto del pre-test ( $\bar{x} = 9.90$ ,  $DT = 13.68$ ,  $\bar{x} = 6.54$ ,  $DT = 4.32$  respectivamente), y en el caso del grupo experimental los valores de cortisol son menores en el post-test respecto del pre-test ( $\bar{x} = 5.45$ ,  $DT = 6.90$ ,  $\bar{x} = 8.17$ ,  $DT = 8.19$  respectivamente). En cuanto al cortisol en saliva, los valores medios oscilan entre 13.83 y 2.94 ng/ml, y podemos ver que los niveles medios de cortisol en la saliva son superiores en el grupo control tanto en el pre-test como en el post-test ( $\bar{x} = 9.74$ ,  $DT = 12.17$ ,  $\bar{x} = 13.83$ ,  $DT = 13.54$  respectivamente) respecto al grupo experimental ( $\bar{x} = 5.34$ ,  $DT = 4.28$ ,  $\bar{x} = 2.94$ ,  $DT = 2.76$ , respectivamente). En cuanto a los niveles medios de IgA, los valores medios oscilan entre 11.64-5.31 mg/dl, siendo también estos superiores tanto en el pre-test como en el post-test en el grupo control ( $\bar{x} = 10.16$ ,  $DT = 7.67$ ,  $\bar{x} = 11.64$ ,  $DT = 15.84$ , respectivamente) respecto al grupo experimental ( $\bar{x} = 5.31$ ,  $DT = 4.96$ ,  $\bar{x} = 8.16$ ,  $DT = 8.73$ , respectivamente).

Por último, en cuanto a los valores del cuestionario CCVEII, este se interpreta como el sumatorio, oscilando los valores en un rango de 9 a 63 puntos. Los valores tanto para el grupo control como para el experimental son medios-altos. En el caso del grupo control los valores en el pre-test y post-test son similares ( $\bar{x} = 43.89$ , DT = 10.13,  $\bar{x} = 43.33$ , DT = 15.87, respectivamente). En el caso del grupo experimental, los valores son superiores en el post-test respecto al pre-test ( $\bar{x} = 43.13$ , DT = 9.77,  $\bar{x} = 34.91$ , DT = 23.17, respectivamente).

### **6.1.2. COMPARACIÓN INTRAGRUPOS PRE-TEST Y POST-TEST: PRUEBAS T DE STUDENT**

En este apartado se analizarán las diferencias existentes en las medias entre el pre-test y el post-test de los pacientes con EII, por una parte en el grupo control, y por otra en el grupo experimental. Los análisis realizados en este apartado tienen como objetivo principal comprobar las diferencias entre las medidas pre-test y post-test en cada uno de los grupos por separado (control y experimental) a través de la prueba t de Student para muestras relacionadas.

#### **6.1.2.1. Diferencias de puntuaciones entre el pre-test y el post-test en el grupo control**

Inicialmente se presentan las diferencias en el grupo control entre el pre-test y el post-test. Primero se presentan las diferencias en los distintos estados del cuestionario MOOD, posteriormente de la escala HADS, después de los niveles de cortisol e IgA, y finalmente del cuestionario CCVEII.

##### **- Cuestionario MOOD**

La primera variable que se analizó fue el estado emocional de tristeza, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) entre las medidas del grupo control en las medidas del pre-test ( $\bar{x} = 0.65$ , DT = 0.15) y del post-test ( $\bar{x} = 0.62$ , DT = 0.54,  $t(17) = 0.17$ ), pese a presentar una leve disminución de la media de esta en el post-test. A continuación en la siguiente tabla se pueden observar dichos resultados:

Tabla 2

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo control para la variable tristeza.*

	Diferencias relacionadas							
	Media	Desv.típ.	Error tí. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Pretristeza	.02778	.68540	.16155	-.31306	.36862	.172	17	.866
Posttristeza								

La siguiente variable que se analizó fue el estado emocional de miedo, no encontrándose tampoco diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) entre las medidas del grupo control en el pre-test ( $\bar{x} = 0.92$ ,  $DT = 0.07$ ) y en el post-test ( $\bar{x} = 0.88$ ,  $DT = 0.10$ ,  $t(17) = 0.40$ ), pese a presentarse puntuaciones menores en este último. A continuación, en la siguiente tabla se pueden observar dichos resultados:

Tabla 3

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo control para la variable miedo*

	Diferencias relacionadas							
	Media	Desv. típ.	Error tí. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Premiedo	.04167	.44762	.10551	-.18093	.26427	.395	17	.698
Postmiedo								

Posteriormente, se procedió a analizar el estado emocional de enfado, no encontrándose al igual que en los casos anteriores diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) entre las medidas del grupo control en

el pre-test ( $\bar{x} = 0.96$ , DT = 0.40) y en el post-test ( $\bar{x} = 1.06$ , DT = 0.10,  $t(17) = -0.41$ ), aunque las puntuaciones más elevadas fueron las del post-test. A continuación en la siguiente tabla se pueden observar dichos resultados:

Tabla 4

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo control para la variable enfado*

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Preenfado								
Postenfado	-.09722	.55664	.13120	-.37403	.17959	-.41	17	.469

Por último, se procedió a analizar el estado emocional de felicidad, no encontrándose, al igual que en todos los casos anteriores de los estados de ánimo, diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) entre el pre-test y el post-test (ver tabla 4). Pese a que las diferencias no fueron estadísticamente significativas, las medias del grupo control en el pre-test ( $\bar{x} = 1.42$ , DT = 0.16), fueron más elevadas que las del post-test ( $\bar{x} = 1.38$ , DT = 0.14,  $t(17) = -0.58$ ).

Tabla 5

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo control para la variable felicidad*

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Prefelicidad								
Postfelicidad	.04167	.31213	.07357	-.11355	.19689	.566	17	.579

- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

A continuación se procedió a analizar si existían diferencias en la percepción del estado de ansiedad, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) entre las medidas del grupo control en el pre-test ( $\bar{x} = 8.94$ ,  $DT = 1.06$ ) y en el post-test ( $\bar{x} = 7.11$ ,  $DT = 0.97$ ,  $t(17) = 1.62$ ), aunque estas fueron menores en el post-test. En la tabla 6 se pueden observar estos resultados:

Tabla 6

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo control para la variable ansiedad*

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv.típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Preansiedad								
Postansiedad	1.83333	4.80502	1.13255	-.55615	4.22281	1.619	17	.124

Seguidamente se procedió a analizar el estado de depresión, sin encontrarse, al igual que en el caso anterior, diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) entre las medidas del grupo control en el pre-test ( $\bar{x} = 5.28$ ,  $DT = 4.84$ ) y en el post-test ( $\bar{x} = 4.83$ ,  $DT = 4.45$ ,  $t(17) = 0.34$ ), aunque las puntuaciones más elevadas fueron en el pre-test. En la tabla que se presenta a continuación, se pueden observar los resultados:

Tabla 7

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo control para la variable depresión*

	Diferencias relacionadas						t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia					
				Inferior	Superior				
Predepresión	.44444	5.61743	1.32404	-2.34904	3.23793	.336	17	.741	
Postdepresión									

- Marcadores biológicos

También se analizaron los niveles de los dos marcadores biológicos objetos de estudio, cortisol (en pelo y en saliva), e IgA.

En el caso del cortisol en el pelo, no se encontraron, al igual que en todos los casos anteriores, diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) entre las medidas del grupo control en el pre-test ( $\bar{X} = 6.63$ ,  $DT = 1.08$ ) y en el post-test ( $\bar{X} = 9.90$ ,  $DT = 3.32$ ,  $t(16) = -0.98$ ), aunque las puntuaciones más elevadas fueron las del post-test. En la tabla 8 se pueden observar dichos resultados:

Tabla 8

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo control para los niveles de cortisol (pelo)*

	Diferencias relacionadas						t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia					
				Inferior	Superior				
Precortisol									
Postcortisol	-3.26259	13.74140	3.33278	-10.32776	3.80259	-.979	16	.342	

Para el cortisol en saliva, tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) entre las medidas del grupo control en el pre-test ( $\bar{x} = 9.74$ ,  $DT = 12.17$ ) y en el post-test<sup>60</sup> ( $\bar{x} = 13.83$ ,  $DT = 13.54$ ,  $t(16) = -1.17$ ), aunque las puntuaciones más elevadas fueron las del post-test. En la tabla 9 se pueden observar dichos resultados:

Tabla 9

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo control para los niveles de cortisol (saliva)*

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv.típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Salivapre								
Salivapost	-4.09229	14.44135	3.50254	-11.51735	3.33276	-1.168	16	.260

Para finalizar con la valoración de los marcadores biológicos, se analizaron los valores de la IgA, no habiéndose encontrado, al igual que en los casos anteriores, diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) entre las medidas del grupo control en el pre-test ( $\bar{x} = 10.16$ ,  $DT = 7.47$ ) y en el post-test ( $\bar{x} = 11.65$ ,  $DT = 15.84$ ,  $t(16) = -0.343$ ), aunque las puntuaciones más elevadas fueron las del pre-test. En la tabla siguiente se pueden observar dichos resultados:

<sup>60</sup> Cabe recordar que las mediciones de post-test de los marcadores biológicos (cortisol e IgA) en saliva, se refieren a las realizadas únicamente al finalizar la 1ª sesión de la intervención con Musicoterapia BMGIM, pues la finalidad era poder analizar el impacto en el estrés agudo (en el caso del cortisol en saliva) y en el nivel de competencia inmunológica (en el caso de la IgA salival), después de que los pacientes con EII recibieran una única sesión de Musicoterapia BMGIM.

Tabla 10

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo control para los niveles de IgA*

GRUPO	Diferencias relacionadas						t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv.típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia					
				Inferior	Superior				
PreIgA	-1.48535	17.84824	4.32883	-10.66207	7.69136	-.343	16	.736	
PostIgA									

- Test calidad de vida en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) (CCVEII)

Por último, se analizó la calidad de vida de los pacientes con EII a través del cuestionario CCVEII, no habiéndose encontrado, al igual que en todos los casos anteriores, diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) entre las medidas del grupo control en el pre-test ( $\bar{x} = 43.89$ ,  $DT = 10.31$ ) y en el post-test ( $\bar{x} = 43.33$ ,  $DT = 15.87$ ,  $t(17) = 0.27$ ), siendo similares las puntuaciones del pre-test y del post-test. En la tabla siguiente se pueden observar dichos resultados:

Tabla 11

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo control para la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)*

	Diferencias relacionadas						t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv.típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia					
				Inferior	Superior				
PreCCVEII	.55556	8.86648	2.08985	-3.85364	4.96475	.266	17	.794	
PostCCVEII									

A continuación, en el siguiente apartado, se pasará a analizar las diferencias entre pre-test y el post-test en el grupo experimental.

#### 6.1.2.2. Diferencias de puntuaciones entre el pre-test y el post-test en el grupo experimental

En este apartado se muestran las diferencias en el grupo experimental entre el pre-test y el post-test después de haber recibido el tratamiento de musicoterapia. Primero, se presentan las diferencias en los distintos estados de ánimo del cuestionario MOOD, seguidamente en la escala HADS, posteriormente en los niveles de cortisol (pelo y saliva) e IgA, y finalmente en la calidad de vida con el cuestionario CCVEII.

##### - Cuestionario MOOD

En primero lugar se analizó el estado emocional de tristeza, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p=.000$ ) entre las medidas del grupo de experimental antes de recibir el tratamiento ( $\bar{x} = 0.66$ ,  $DT = 0.95$ ) y después de recibirlo ( $\bar{x} = 0.30$ ,  $DT = 0.37$ ,  $t(32) = 4.42$ ,  $r = 0.61$ ), presentado una disminución de la tristeza percibida después de recibir el tratamiento de musicoterapia. En cuanto al valor de la potencia, cabe resaltar que el valor de esta es grande ( $r = \geq 0.50$ ), explicando por tanto el efecto el 25% de la varianza total. A continuación, en la siguiente tabla, se pueden observar dichos resultados:

Tabla 12

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable tristeza.*

		Diferencias relacionadas							
	Media	Desv.típ.	Error típ. la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia	Inferior	Superior	t	gl	Sig. (bilateral)
Pretristeza	.36364	.47224	.08221	.19619	.53109	4.423	32	.000	
Posttristeza									

Posteriormente, se analizó la variable relacionada con el estado emocional del miedo. Al realizar la prueba t de Student para muestras relacionadas entre el pre-test y el post-test después de recibir tratamiento de musicoterapia, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas medidas ( $p = .000$ ). En la medida del post-test los pacientes con EII del grupo experimental, presentaron puntuaciones menores en la percepción del miedo ( $\bar{x} = 0.64$ ,  $DT = 0.50$ ) que en el pre-test ( $\bar{x} = 0.95$ ,  $DT = 0.43$ ,  $t(32) = 3.96$ ,  $r = 0.57$ ). En relación al valor de la potencia, cabe mencionar que el valor de esta es grande ( $r = \geq 0.50$ ), explicando por tanto el efecto el 25% de la varianza total. En la siguiente tabla se muestran dichos resultados:

Tabla 13

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable miedo.*

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv.tí p.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia	Intervalo Superior			
Premiedo	.31061	.45083	.07848	.15075	.47046	3.958	32	.000
Postmiedo								

En relación a la variable relacionada con el estado emocional del enfado, al realizar la prueba t de Student para muestras relacionadas entre el pre-test y el post-test después de recibir tratamiento, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas medidas ( $p = .000$ ), que se pueden observar en la tabla 14. En la medida del post-test pacientes con EII del grupo experimental, presentaron puntuaciones menores en el estado de enfado ( $\bar{x} = 1.01$ ,  $DT = 0.51$ ) que en el pre-test ( $\bar{x} = 0.50$ ,  $DT = 0.43$ ,  $t(32) = 5.27$ ,  $r = 0.68$ ). Respecto al valor de la potencia, cabe mencionar que al igual que en los casos anteriores, el valor de esta es grande ( $r = \geq 0.50$ ), explicando por tanto el efecto el 25% de la varianza total.

Tabla 14

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable enfado*

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv.típ.	Error tí. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia	Superior			
Preenfado	.50758	.55370	.09639	.31124	.70391	5.266	32	.000
Postenfado								

Para finalizar, en relación al estado emocional de felicidad, al realizar la prueba t de Student para muestras relacionadas entre el pre-test y el post-test después de recibir tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas medidas ( $p > .05$ ). En la medida del post-test, los pacientes con EII del grupo experimental presentaron puntuaciones menores ( $\bar{x} = 1.14$ ,  $DT = 0.79$ ) que en el pre-test ( $\bar{x} = 1.30$ ,  $DT = 0.59$ ,  $t(32) = 1.35$ ), aunque dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas en la percepción del estado de felicidad. En la tabla siguiente se pueden observar dichos resultados:

Tabla 15

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable felicidad*

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv.típ.	Error tí. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia	Superior			
Prefelicidad	.15909	.67552	.11759	-.08044	.39862	1.353	32	.186
Postfelicidad								

- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

Al analizar el estado de ansiedad en el grupo experimental, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p=.000$ ) entre las medidas del grupo de experimental antes de recibir el tratamiento ( $\bar{x} = 10.45$ ,  $DT = 4.49$ ) y después de recibirlo ( $\bar{x} = 5.81$ ,  $DT = 4.72$ ,  $t(30) = 4.55$ ,  $r = 0.64$ ), presentado una disminución del estado de ansiedad percibido después de recibir el tratamiento de musicoterapia. En relación al valor de la potencia, cabe resaltar que el valor de esta es grande ( $r = \geq 0.50$ ), explicando por tanto el efecto el 25% de la varianza total. A continuación, en la siguiente tabla, se pueden observar dichos resultados:

Tabla 16

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable ansiedad*

	Diferencias relacionadas		Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv.típ.		Inferior	Superior			
Preansiedad	4.64516	5.68359	1.02080	2.56040	6.72992	4.550	30	.000
Postansiedad								

Por otra parte, al analizar el estado de depresión en el grupo experimental, también se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p=.000$ ) entre las medidas del grupo de experimental después de recibir el tratamiento ( $\bar{x} = 2.58$ ,  $DT = 3.47$ ) y antes de recibirlo ( $\bar{x} = 5.03$ ,  $DT = 4.39$ ,  $t(30) = 2.93$ ,  $r = 0.47$ ), presentado una disminución del estado de depresión percibido después de recibir el tratamiento de musicoterapia. En cuanto al valor de la potencia, cabe resaltar que el valor de esta es media-grande ( $r = 30-50$ ), explicando por tanto el efecto entre el 9% hasta casi el 25% de la varianza total. En la tabla siguiente, se pueden observar dichos resultados:

Tabla 17

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable depresión*

	Diferencias relacionadas						Sig. (bilateral)
	Media	Desv.típ	Error típ. la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	
				Inferior	Superior		gl
Predepresión	2.45161	4.66075	.83710	.74204	4.16119	2.929	30
Postdepresión							

A continuación, se pasará a analizar los niveles de cortisol e IgA entre el pre-test y el post-test en el grupo experimental.

- Marcadores biológicos

En relación al cortisol en el pelo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p = .044$ ) entre las medidas del grupo experimental antes de recibir el tratamiento ( $\bar{x} = 10.56$ ,  $DT = 11.14$ ) y después de recibirlo ( $\bar{x} = 4.41$ ,  $DT = 2.88$ ,  $t(23) = 2.23$ ,  $r = 0.52$ ), presentándose una disminución de los niveles de cortisol después de recibir el tratamiento de musicoterapia. En relación al valor de la potencia, cabe resaltar que el valor de esta es grande ( $r = >50$ ), explicando por tanto el efecto alrededor del 25% de la varianza total. A continuación, en la siguiente tabla se pueden observar dichos resultados:

Tabla 18

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable cortisol pelo*

Prueba de muestras relacionadas								
Diferencias relacionadas								
	Media	Desv.típ.	Error tí. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Precortisol	6.15157	10.34507	2.76484	.17850	12.12464	2.225	23	.044
Postcortisol								

En cuanto al cortisol en la saliva, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p = .037$ ) entre las medidas del grupo experimental antes de recibir una sesión de musicoterapia ( $\bar{x} = 5.34$ ,  $DT = 4.28$ ) y después de recibirla ( $\bar{x} = 2.94$ ,  $DT = 2.76$ ,  $t(19) = 2.24$ ,  $r = 0.46$ ), presentándose una disminución de los niveles de cortisol después de recibir esta sesión de musicoterapia. En relación al valor de la potencia, cabe resaltar que el valor de esta es media-grande ( $r = 30-50$ ), explicando por tanto el efecto entre el 9% hasta casi el 25% de la varianza total. A continuación, en la siguiente tabla, se pueden observar dichos resultados:

Tabla 19

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la variable cortisol saliva*

Diferencias relacionadas								
	Media	Desv. típ.	Error tí. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Salivapre	2.40560	4.80136	1.07362	.15849	4.65271	2.241	19	.037
Salivapost								

Por último, en relación a la IgA, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p = .077$ ) entre las medidas del grupo experimental antes de recibir una sesión de musicoterapia ( $\bar{x} = 5.31$ ,  $DT = 4.96$ ) y después recibirla ( $\bar{x} = 8.16$ ,  $DT = 8.74$ ,  $t(19) = -1.87$ ), aunque se presentó un aumento de los niveles de la IgA después de recibir el tratamiento de musicoterapia. En la siguiente tabla se pueden observar dichos resultados:

Tabla 20

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la IgA*

		Diferencias relacionadas						
				95% Intervalo de				
			Error típ. de la	confianza para la				
		Media	Desv. típ.	de la diferencia	Inferior	Superior	t	Sig. (bilateral)
PreIgA								
PostIgA		-2.85205	6.82945	1.52711	-6.04833	.34423	-1.868	19 .077

- Test calidad de vida en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) (CCVEII)

Por último, se analizaron las diferencias en el grupo experimental de la calidad de vida pre-test post-test. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p = .029$ ) entre las medidas del grupo experimental antes de recibir el tratamiento ( $\bar{x} = 34.91$ ,  $DT = 9.17$ ) y después de recibirlo ( $\bar{x} = 43.12$ ,  $DT = 9.77$ ,  $t(31) = 2.92$ ,  $r = 0.38$ ), presentándose mayores puntuaciones en la calidad de vida después de recibir el tratamiento de musicoterapia. En relación al valor de la potencia, cabe resaltar que el valor de esta es media-grande ( $r = 30-50$ ), explicando por tanto el efecto entre el 9% hasta casi el 25% de la varianza total. En la siguiente tabla, se pueden observar dichos resultados:

Tabla 21

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo experimental para la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)*

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas			95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
Media	Desv.típ.	Error típ. de la media	Inferior	Superior					
PreCCVEII									
PostCCVEII	8.21875	20.29100	3.58698	.90306	15.53444	2.291	31	.029	

A continuación, en el siguiente apartado, se pasa a analizar las diferencias entre el post-test entre el grupo experimental y el grupo control.

### 6.1.3. ANÁLISIS DE COVARIANZA (ANCOVA)

En este apartado se comprobarán las diferencias existentes en las medias del post-test entre el grupo control y el grupo experimental de pacientes con EII que componen la muestra. Los análisis efectuados en este apartado tienen como objetivo principal comprobar la efectividad y adecuación del programa de intervención diseñado para pacientes con EII a través de análisis de covarianza. Las puntuaciones medias obtenidas con los diversos instrumentos que evalúan diferentes estados de ánimo (como son la tristeza, el miedo, el enfado y la felicidad), la ansiedad y la depresión, los niveles de la hormona cortisol (en pelo y saliva) e IgA (en saliva), y la calidad de vida (cuestionario CVEII) en función de la evaluación de pre-test (covariable) y post-test (variable dependiente).

6.1.3.1. Diferencias de puntuaciones en el post-test entre grupo control y experimental del cuestionario MOOD

Se ha aplicado un análisis de covarianza (ANCOVA) entre grupos unifactorial con dos condiciones: grupo sin tratamiento y grupo con tratamiento de musicoterapia con la finalidad de observar si el tratamiento tiene efecto sobre el estado emocional relacionado con la tristeza. La variable covariada ha sido las puntuaciones del pre-test de ambos grupos. En primer lugar se han comprobado los tres supuestos de la ANCOVA: la variable covariada tiene un efecto estadísticamente significativo sobre las puntuaciones del post-test tratamiento ( $F(1, 48) = 11.20, p = .002, \eta^2 = 0.189$ ), no existe efecto estadísticamente significativo entre la variable covariada y la independiente de tratamiento ( $F(1, 49) = .001, p = .971, \eta^2 = 0.00$ ); y se ha comprobado la homogeneidad de las pendientes de regresión o ausencia de interacción estadísticamente significativa entre la variable covariada y la variable de tratamiento ( $F(1, 47) = .135, p = .715, \eta^2 = .003$ ). A continuación, en la siguiente figura, se pueden observar las puntuaciones de la tristeza del grupo experimental y el grupo control en el pre-test y en el pos-test:

Tabla 22

*Variable dependiente post-tristeza: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo control y experimental y covariable pre-test tristeza.*

Variable dependiente:Post-tristeza						
Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	3.031 <sup>a</sup>	2	1.515	9.607	.000	.286
Intersección	1.282	1	1.282	8.128	.006	.145
PRETRISTEZA	1.766	1	1.766	11.195	.002	.189
GRUPO	1.281	1	1.281	8.118	.006	.145
Error	7.572	48	.158			
Total	19.250	51				
Total corregida	10.603	50				

a. R cuadrado = .286 (R cuadrado corregida = .256)

Los resultados señalan (como podemos ver en la Figura 16) que los pacientes con EII que componen la muestra y reciben tratamiento de musicoterapia tienen una puntuación más baja en tristeza ( $X=.30$ ;  $DT=.37$ ) que los adultos que conforman la muestra y no recibieron ningún tipo de tratamiento ( $X=.63$ ;  $DT=.54$ ), siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $F(1, 48) = 8.19$ ,  $p = .006$ ,  $\eta^2 = 0.15$ ).

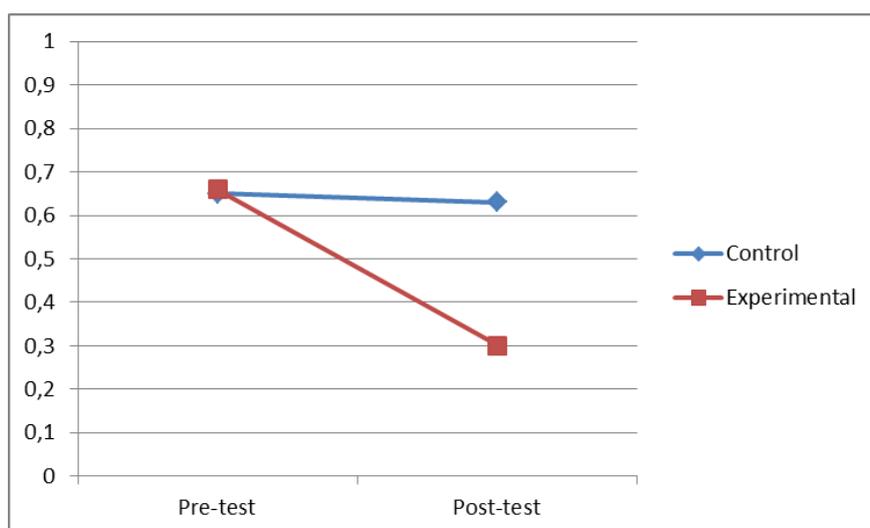


Figura 16. Puntuaciones pre-test y post-test grupo control y experimental en tristeza.

Posteriormente, se ha procedido a analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en el enfado entre el grupo control y el grupo experimental. Para ello se ha realizado un análisis de covariancias (ANCOVA) entre grupos unifactorial con dos condiciones: grupo sin tratamiento y grupo con tratamiento de musicoterapia, con la finalidad de observar si el tratamiento tiene efecto sobre el estado emocional relacionado con el enfado.

Tabla 23

*Variable dependiente post-enfado: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo control y experimental y covariable pre-test enfado.*

Variable dependiente:Post-enfado

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	4.184 <sup>a</sup>	2	2.092	11.668	.000	.327
Intersección	2.761	1	2.761	15.398	.000	.243
Pre-enfado	.589	1	.589	3.286	.006	.064
Grupos	3.734	1	3.734	20.830	.000	.303
Error	8.605	48	.179			
Total	37.500	51				
Total corregida	12.789	50				

a. R cuadrado = .327 (R cuadrado corregida = .299)

El primer paso ha sido comprobar si se cumplían los tres supuestos de la ANCOVA. La variable covariada tiene un efecto estadísticamente significativo sobre las puntuaciones del post-test tratamiento ( $F(1, 48) = 11.20, p = .006, \eta^2 = 0.064$ ), no existe efecto estadísticamente significativo entre la variable covariada y la independiente de tratamiento ( $F(1, 49) = .126, p = .724, \eta^2 = 0.03$ ); y se ha comprobado la homogeneidad de las pendientes de regresión o ausencia de interacción estadísticamente significativa entre la variable covariada y la variable de tratamiento ( $F(1, 47) = .137, p = .713, \eta^2 = .003$ ).

La variable covariada han sido las puntuaciones del pre-test de ambos grupos. Los resultados señalan (ver figura 17) que los pacientes con EII que componen la muestra y reciben tratamiento de musicoterapia presentan una puntuación más baja en enfado ( $X=0.50; DT=0.43$ ) que los adultos que conforman la muestra y no recibieron ningún tipo de tratamiento ( $X=1.06; DT=.44$ ), siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $F(1, 48) = 20.83, p = .000, \eta^2 = 0.303$ ).

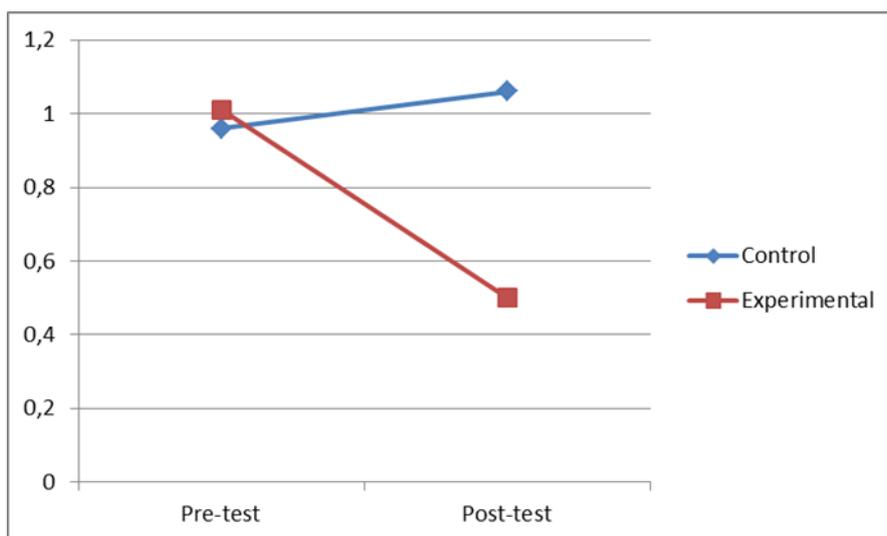


Figura 17. Puntuaciones pre-test y post-test grupo control y experimental en enfado.

Para analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en el estado anímico relacionado con el miedo entre el grupo control y el grupo experimental, también se ha realizado un análisis de covarianza (ANCOVA) entre grupos unifactorial con dos condiciones: grupo sin tratamiento y grupo con tratamiento de musicoterapia. Con ello, se busca conocer si la musicoterapia tiene efecto sobre el estado de ánimo del miedo.

Para ello, el primer paso ha sido comprobar si se cumplían los tres supuestos para poder realizar la prueba ANCOVA. Los resultados muestran que la covariable tiene un efecto estadísticamente significativo sobre las puntuaciones del post-test tratamiento ( $F(1, 48) = 13.56, p = .001, \eta^2 = 0.220$ ), no existe efecto estadísticamente significativo entre la variable covariada y la independiente de tratamiento ( $F(1, 49) = 0.07, p = .792, \eta^2 = 0.001$ ); y se ha comprobado la homogeneidad de las pendientes de regresión o ausencia de interacción estadísticamente significativa entre la variable covariada y la variable de tratamiento ( $F(1, 47) = .787, p = .380, \eta^2 = .016$ ).

Tabla 24

*Variable dependiente post-miedo: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo control y experimental y covariable pre-test miedo.*

Variable dependiente: Post-miedo

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	3.068 <sup>a</sup>	2	1.534	8.651	.001	.265
Intersección Pre-miedo Grupos	.374	1	.374	2.109	.153	.042
Error	2.405	1	2.405	13.562	.001	.220
Total	.761	1	.761	4.292	.044	.082
Total corregida	8.512	48	.177			
	38.063	51				
	11.581	50				

a. R cuadrado = .265 (R cuadrado corregida = .234)

La variable covariada han sido las puntuaciones del pre-test de ambos grupos. Los resultados señalan (Figura 18) que los pacientes con EII que componen la muestra y reciben tratamiento de musicoterapia presentan una puntuación más baja en miedo ( $X=0.64$ ,  $DT=0.50$ ) que los adultos que conforman la muestra y no recibieron ningún tipo de tratamiento ( $X=0.88$ ,  $DT=0.40$ ), siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $F(1, 48) = 4.29$ ,  $p = .044$ ,  $\eta^2 = 0.082$ ).

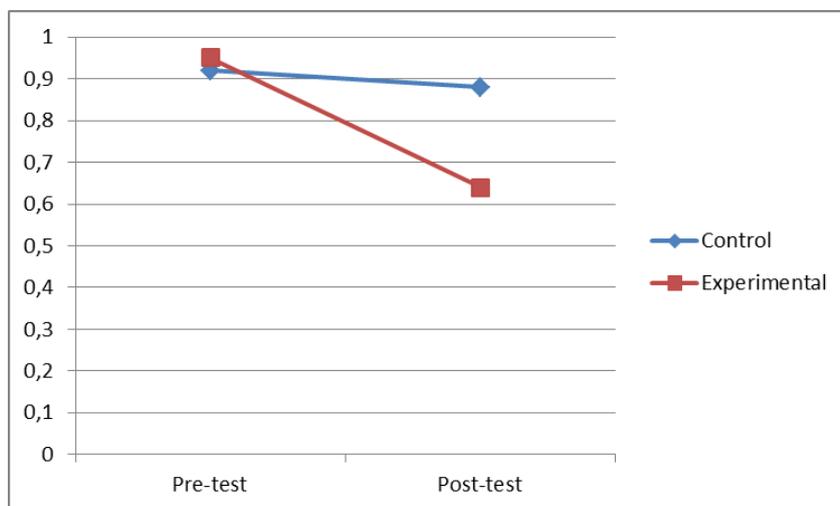


Figura 18. Puntuaciones pre-test y post-test grupo control y experimental en miedo.

Por último, para analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en el estado anímico relacionado con la felicidad entre el grupo de experimental y el grupo control, se ha procedido a realizar un análisis de covarianza (ANCOVA) entre grupos unifactorial con dos condiciones: grupo con tratamiento de musicoterapia y grupo sin tratamiento. Este procedimiento se ha realizado para conocer si la musicoterapia tiene efecto sobre el estado de ánimo de la felicidad.

Tabla 25

*Variable felicidad: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo control y experimental y covariable pre-test felicidad*

Variable dependiente: Post-felicidad

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	11.607 <sup>a</sup>	2	5.804	18.357	.000	.433
Intersección	.424	1	.424	1.342	.252	.027
Pre-felicidad	10.985	1	10.985	34.748	.000	.420
Grupos	.242	1	.242	.764	.386	.016
Error	15.175	48	.316			
Total	103.375	51				
Total corregida	26.782	50				

a. R cuadrado = .433 (R cuadrado corregida = .410)

En primer lugar, se ha procedido a analizar si se cumplían los tres supuestos para poder realizar la prueba ANCOVA. Los resultados muestran que la covariable tiene un efecto estadísticamente significativo sobre las puntuaciones del post-test tratamiento ( $F(1, 48) = 10.99, p = .000, \eta^2 = 0.420$ ), no existe efecto estadísticamente significativo entre la variable covariada y la independiente de tratamiento ( $F(1, 49) = 0.388, p = .536, \eta^2 = 0.008$ ); y se ha comprobado la homogeneidad de las pendientes de regresión o ausencia de

interacción estadísticamente significativa entre la variable covariada y la variable de tratamiento ( $F(1, 47) = 0.027$ ,  $p = .871$ ,  $\eta^2 = 0.001$ ).

Los resultados señalan (Figura 19) que los pacientes con EII que componen la muestra y reciben tratamiento de musicoterapia presentan una puntuación más baja en felicidad ( $X = 1.14$ ,  $DT = 0.79$ ) que los adultos que conforman la muestra y no recibieron ningún tipo de tratamiento ( $X = 1.38$ ,  $DT = 0.60$ ). Sin embargo, dichas diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas ( $F(1, 51) = 0.764$ ,  $p = 0.386$ ,  $\eta^2 = 0.016$ ).

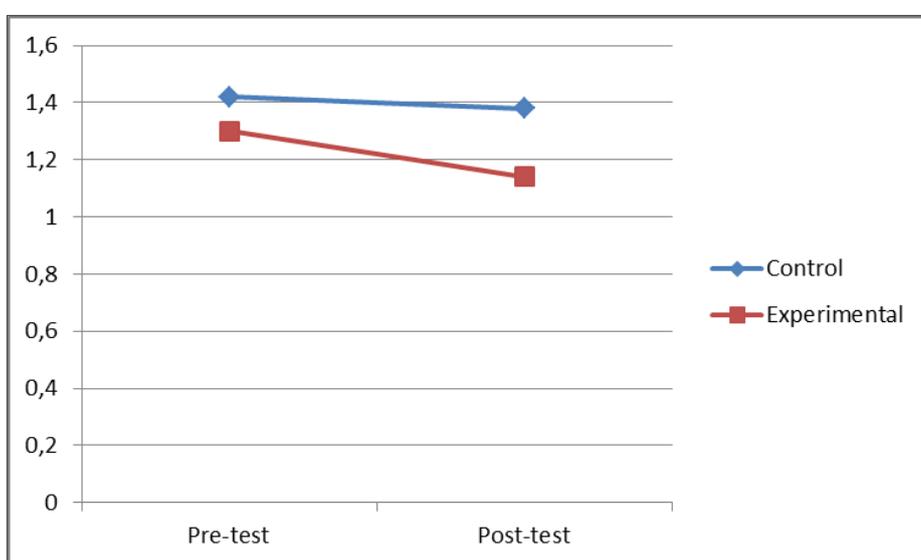


Figura 19. Puntuaciones pre-test y post-test grupo control y experimental en felicidad.

A continuación, en el siguiente apartado se procederá a analizar las diferencias de puntuaciones entre grupos de la escala HADS.

#### 6.1.3.2. Diferencias de puntuaciones en el post-test entre grupo control y experimental de la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

Para analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en el estado de ansiedad entre el grupo control y el grupo experimental, se ha realizado un análisis de covarianza (ANCOVA) entre grupos unifactorial con dos condiciones: grupo sin tratamiento y grupo con tratamiento de musicoterapia. La variable covariada han sido las puntuaciones del pre-test de ambos grupos.

Con ello se busca conocer si la musicoterapia tiene efecto sobre el estado de ansiedad de los pacientes con EII.

En primer lugar se ha procedido a explorar si se cumplían los tres supuestos para poder realizar la prueba ANCOVA. Los resultados muestran que la covariable tiene un efecto estadísticamente significativo sobre las puntuaciones del post-test tratamiento ( $F(1, 49) = 4.054, p = .050, \eta^2 = 0.081$ ), no existe efecto estadísticamente significativo entre la variable covariada y la independiente de tratamiento ( $F(1, 49) = 32.157, p = .210, \eta^2 = 0.032$ ); y se ha comprobado la homogeneidad de las pendientes de regresión o ausencia de interacción estadísticamente significativa entre la variable covariada y la variable de tratamiento ( $F(1, 49) = 0.107, p = .745, \eta^2 = 0.002$ ). Por consiguiente, estos resultados muestran que se cumplen todos los supuestos.

Tabla 26

*Variable dependiente post-ansiedad: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo control y experimental y covariable pre-test ansiedad.*

Variable dependiente: Post-ansiedad						
Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	97.027 <sup>a</sup>	2	48.514	2.533	.090	.099
Intersección	111.345	1	111.345	5.814	.020	.112
Preansiedad	77.644	1	77.644	4.054	.050	.081
Grupo	33.434	1	33.434	1.746	.193	.037
Error	880.973	46	19.152			
Total	2914.000	49				
Total corregido	978.000	48				

a. R al cuadrado = .099 (R al cuadrado ajustada = .060)

Los resultados muestran (Figura 20) que los pacientes con EII que componen la muestra y reciben tratamiento de musicoterapia presentan una puntuación más baja en ansiedad ( $X=5.80, DT=4.72$ ) que los adultos que conforman la

muestra y no recibieron ningún tipo de tratamiento ( $X=7.11$ ,  $DT=4.13$ ) siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $F(1, 49) = 1.746$ ,  $p = .193$ ,  $\eta^2 = 0.037$ ).

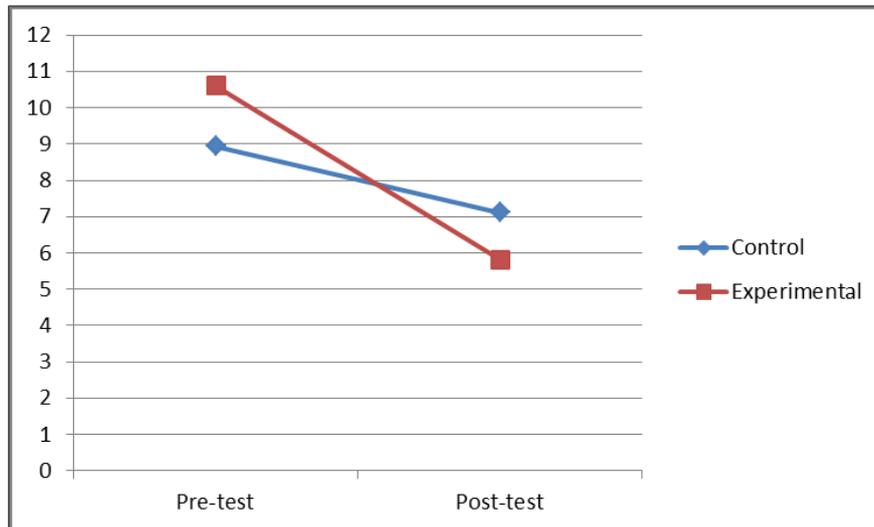


Figura 20. Puntuaciones pre-test y post-test grupo control y experimental en ansiedad.

Seguidamente, para analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en el estado de depresión entre el grupo control y el grupo experimental también se ha realizado un análisis de covarianza (ANCOVA) entre grupos unifactorial con dos condiciones: grupo sin tratamiento y grupo con tratamiento de musicoterapia. La variable covariada han sido las puntuaciones del pre-test de ambos grupos. A través de este análisis, se busca conocer si la musicoterapia tiene efecto sobre el estado de depresión de los pacientes con EII que conforman la muestra.

Tabla 27

*Variable dependiente post-depresión: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo control y experimental y covariable pre-test depresión.*

Variable dependiente: Post-depresión

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	118.379 <sup>a</sup>	2	59.190	4.271	.020	.157
Intersección	119.407	1	119.407	8.617	.005	.158
Pre-depresión	60.591	1	60.591	4.372	.042	.087
Grupos	54.655	1	54.655	3.944	.050	.079
Error	637.457	46	13.858			
Total	1325.000	49				
Total corregida	755.837	48				

a. R cuadrado = .157 (R cuadrado corregida = .120)

Para ello, se ha procedido a analizar si se cumplían los tres supuestos para poder realizar la prueba ANCOVA. Los resultados muestran que la covariable tiene un efecto estadísticamente significativo sobre las puntuaciones del post-test tratamiento ( $F(1, 46) = 4.372, p = .042, \eta^2 = 0.087$ ), no existe efecto estadísticamente significativo entre la variable covariada y la independiente de tratamiento ( $F(1, 49) = 0.009, p = .924, \eta^2 = 0.000$ ); y se ha comprobado la homogeneidad de las pendientes de regresión o ausencia de interacción estadísticamente significativa entre la variable covariada y la variable de tratamiento ( $F(1, 45) = 0.000, p = .996, \eta^2 = 0.000$ ). Por consiguiente, estos resultados muestran que se cumplen todos los supuestos.

Los resultados muestran (Figura 21) que los pacientes con EII que componen la muestra y reciben tratamiento de musicoterapia presentan una puntuación más baja en depresión ( $X=2.60; DT=3.47$ ) que los adultos que conforman la muestra y no recibieron ningún tipo de tratamiento ( $X=4.83; DT=4.44$ ), siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $F(1, 49) = 3.944, p = .050, \eta^2 = 0.079$ ).

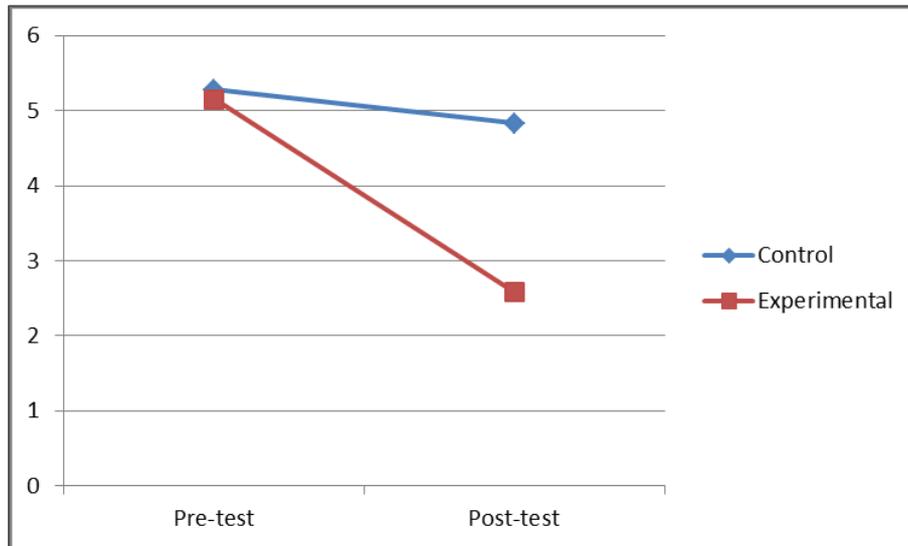


Figura 21. Puntuaciones pre-test y post-test grupo control y experimental en depresión.

#### 6.1.3.3. Diferencias de puntuaciones en el post-test entre grupo control y experimental en marcadores biológicos

Por otra parte, para analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de cortisol en el pelo entre el grupo control y el grupo experimental, también se ha procedido a realizar un análisis de covarianza (ANCOVA) entre grupos unifactorial con dos condiciones: grupo sin tratamiento y grupo con tratamiento de musicoterapia. La variable covariada han sido las puntuaciones del pre-test de ambos grupos. A través de este análisis se busca conocer si la musicoterapia tiene efecto sobre los niveles de cortisol en el pelo de los pacientes con EII que conforman la muestra.

En primero lugar, se ha procedido a analizar si se cumplían los tres supuestos para poder realizar la prueba ANCOVA. Los resultados muestran que la covariable tiene un efecto estadísticamente significativo sobre las puntuaciones del post-test tratamiento ( $F(1, 39) = 0.51, p = .040, \eta^2 = 0.013$ ), no existe efecto estadísticamente significativo entre la variable covariada y la independiente de tratamiento ( $F(1, 50) = 0.586, p = .488, \eta^2 = 0.012$ ) y se ha comprobado la homogeneidad de las pendientes de regresión o ausencia de interacción estadísticamente significativa entre la variable covariada y la variable de tratamiento ( $F(1, 38) = 0.000, p = .273, \eta^2 = 0.007$ ). Por consiguiente, estos resultados muestran que se cumplen todos los supuestos.

Tabla 28

*Variable dependiente post-cortisol: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo control y experimental y covariable pre-test cortisol en el pelo*

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática a	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	250.986 <sup>a</sup>	2	125.493	1.181	.318	.059
Intersección	863.109	1	863.109	8.125	.007	.176
Pre-cortisol	54.052	1	54.052	.509	.040	.013
Grupos	219.400	1	219.400	2.065	.159	.050
Error	4036.897	38	106.234			
Total	6468.308	41				
Total corregida	4287.883	40				

a. R cuadrado = .059 (R cuadrado corregida = ,009)

Los resultados muestran (Figura 22) que los pacientes con EII que componen la muestra y reciben tratamiento de musicoterapia presentan unos niveles más bajos en el cortisol en el pelo ( $X=5.45$ ;  $DT=6.90$ ) que los adultos que conforman la muestra y no recibieron el tratamiento de musicoterapia ( $X=9.90$ ;  $DT=13.68$ ). Sin embargo, dichas diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas ( $F(1, 41) = 2.065$ ,  $p = .159$ ,  $\eta^2 = 0.050$ ).

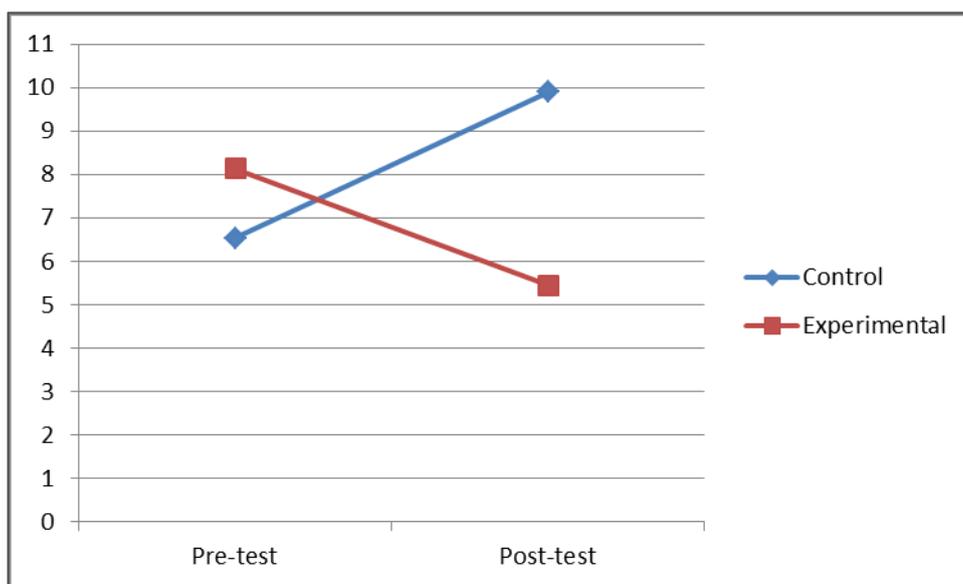


Figura 22. Puntuaciones pre-test y post-test grupo control y experimental en cortisol pelo.

Seguidamente, para analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de cortisol en la saliva entre el grupo control y el grupo experimental, también se ha procedido a realizar un análisis de covarianza (ANCOVA) entre grupos unifactorial con dos condiciones: grupo sin tratamiento y grupo con tratamiento de musicoterapia. La variable covariada han sido las puntuaciones del pre-test de ambos grupos. A través de este análisis, se busca conocer si una sesión de musicoterapia tiene efecto sobre los niveles de cortisol en saliva de los pacientes con EII que conforman la muestra.

Tabla 29

*Variable dependiente post-cortisol: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo control y experimental y covariable pre-test cortisol en la saliva*

Variable dependiente:Post saliva						
Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	1465.685 <sup>a</sup>	2	732.842	9.222	.001	.352
Intersección	647.223	1	647.223	8.145	.007	.193
Presaliva	375.632	1	375.632	4.727	.037	.122
Grupo	739.411	1	739.411	9.305	.004	.215
Error	2701.753	34	79.463			
Total	6501.211	37				
Total corregida	4167.438	36				

a. R cuadrado = .352 (R cuadrado corregida = .314)

Para ello, en primero lugar se ha procedido a analizar si se cumplían los tres supuestos para poder realizar la prueba ANCOVA. Los resultados muestran que la covariable tiene un efecto estadísticamente significativo sobre las puntuaciones del post-test tratamiento ( $F(1, 37) = 4.757, p = .037, \eta^2 = 0.122$ ), no existe efecto estadísticamente significativo entre la variable covariada y la independiente de tratamiento ( $F(1, 37) = 2.284, p = .140, \eta^2 = 0.061$ ); y se ha comprobado la homogeneidad de las pendientes de regresión o ausencia de

interacción estadísticamente significativa entre la variable covariada y la variable de tratamiento ( $F(1, 37) = 0.425$ ,  $p = .519$ ,  $\eta^2 = 0.013$ ). Por consiguiente, estos resultados muestran que se cumplen todos los supuestos.

Los resultados muestran (Figura 23) que los pacientes con EII que componen la muestra y reciben una única sesión de musicoterapia, presentan una puntuación más baja en cortisol en saliva ( $X=2.94$ ;  $DT=2.75$ ) que los adultos que conforman la muestra y no recibieron esta sesión única de musicoterapia ( $X=13.83$ ;  $DT=13.54$ ), siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $F(1, 37) = 9.305$ ,  $p = .004$ ,  $\eta^2 = 0.215$ ).

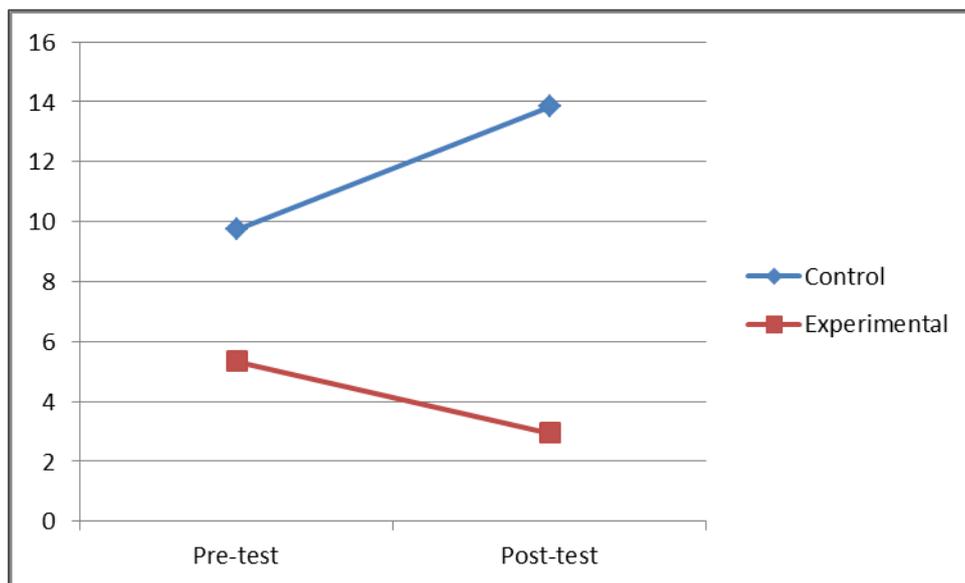


Figura 23. Puntuaciones pre-test y post-test grupo control y experimental en cortisol saliva.

Finalmente, para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de IgA entre el grupo control y el grupo experimental, también se ha procedido a realizar un análisis de covarianza (ANCOVA) entre grupos unifactorial con dos condiciones: grupo sin tratamiento y grupo con tratamiento de musicoterapia. La variable covariada han sido las puntuaciones del pre-test de ambos grupos. A través de este análisis, se busca conocer si una única sesión de musicoterapia tiene efecto sobre el de la IgA de los pacientes con EII que conforman la muestra.

En primero lugar, se ha procedido a analizar si se cumplían los tres supuestos para poder realizar la prueba ANCOVA. Los resultados muestran que la

covariable tiene un efecto estadísticamente significativo sobre las puntuaciones del post-test tratamiento ( $F(1, 37) = 0.832, p = .038, \eta^2 = 0.024$ ), no existe efecto estadísticamente significativo entre la variable covariada y la independiente de tratamiento ( $F(1, 37) = 5.575, p = .240, \eta^2 = 0.137$ ); y se ha comprobado la homogeneidad de las pendientes de regresión o ausencia de interacción estadísticamente significativa entre la variable covariada y la variable de tratamiento ( $F(1, 37) = 3.031, p = .091, \eta^2 = 0.084$ ). Por consiguiente, estos resultados muestran que se cumplen todos los supuestos.

Tabla 30

*Variable dependiente post-cortisol: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo control y experimental y covariable pre-test IgA*

Variable dependiente: IgA POST

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	242.308 <sup>a</sup>	2	121.154	.772	.470	.043
Intersección	790.826	1	790.826	5.039	.031	.129
PreIgA	130.615	1	130.615	.832	.038	.024
Grupo	31.131	1	31.131	.198	.659	.006
Error	5336.253	34	156.949			
Total	9105.1513	37				
Total corregida	5578.1561	36				

a. R cuadrado = ,043 (R cuadrado corregida = -,013)

Los resultados muestran (Figura 24) que los pacientes con EII que componen la muestra y reciben una única sesión de musicoterapia presentan niveles más bajos de la IgA ( $X=8.16; DT=8.74$ ) que los adultos que conforman la muestra y no recibieron esta sesión de musicoterapia ( $X=11.65; DT=15.84$ ). Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $F(1, 37) = 0.198, p = .659, \eta^2 = 0.006$ ).

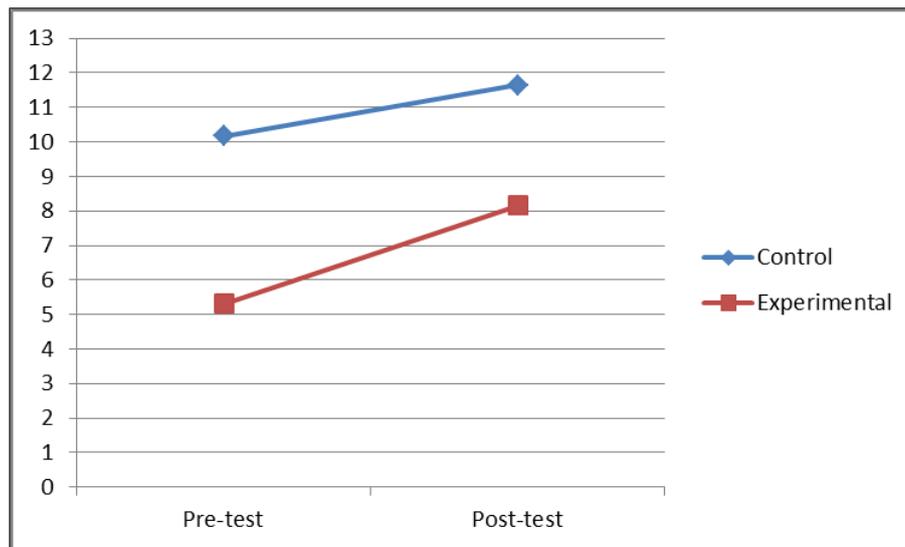


Figura 24. Puntuaciones pre-test y post-test grupo control y experimental en IgA.

A continuación, se pasarán a describir las diferencias en la calidad de vida de los pacientes con EII, antes y después de recibir el tratamiento.

#### 6.1.3.4. Diferencias de puntuaciones en el post-test entre grupo control y experimental en el cuestionario de calidad de vida para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) (CCVEII)

Para analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida entre el grupo control y el grupo experimental, también se ha procedido a realizar un análisis de covarianza (ANCOVA) entre grupos unifactorial con dos condiciones: grupo sin tratamiento y grupo con tratamiento de musicoterapia. La variable covariada han sido las puntuaciones del pre-test de ambos grupos. A través de este análisis, se busca conocer si la musicoterapia tiene efecto sobre la calidad de vida de los pacientes con EII que conforman la muestra.

Para ello se ha procedido a analizar si se cumplían los tres supuestos para poder realizar la prueba ANCOVA. Los resultados muestran que la covariable tiene un efecto estadísticamente significativo sobre las puntuaciones del post-test tratamiento ( $F(1, 50) = 23.836, p = .000, \eta^2 = 0.336$ ), no existe efecto estadísticamente significativo entre la variable covariada y la independiente de tratamiento ( $F(1, 50) = 0.068, p = .796, \eta^2 = 0.001$ ); y se ha comprobado la

homogeneidad de las pendientes de regresión o ausencia de interacción estadísticamente significativa entre la variable covariada y la variable de tratamiento ( $F(1, 50) = 0.096$ ,  $p = .758$ ,  $\eta^2 = 0.002$ ). Por consiguiente, estos resultados muestran que se cumplen todos los supuestos.

Tabla 31

*Variable dependiente post-cortisol: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA) grupo control y experimental y covariable pre-test CCVEII*

Variable dependiente: CCVEII POST

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	7857.095 <sup>a</sup>	2	3928.548	13.303	.000	.361
Intersección	450.710	1	450.710	1.526	.223	.031
CCVEIIPRE	7038.994	1	7038.994	23.836	.000	.336
GRUPO	646.926	1	646.926	2.191	.146	.045
Error	13879.725	47	295.313			
Total	93709.000	50				
Total corregida	21736.820	49				

a. R cuadrado = ,361 (R cuadrado corregida = ,334)

Los resultados muestran (Figura 25) que los pacientes con EII que componen la muestra y reciben tratamiento de musicoterapia presentan una puntuación similar en calidad de vida ( $X=43.13$ ;  $DT=23.17$ ) que los adultos que conforman la muestra y no recibieron ningún tipo de tratamiento ( $X=43.33$ ;  $DT=15.87$ ), no existiendo por lo tanto, diferencias estadísticamente significativas ( $F(1, 50) = 2.191$ ,  $p = .146$ ,  $\eta^2 = 0.045$ ).

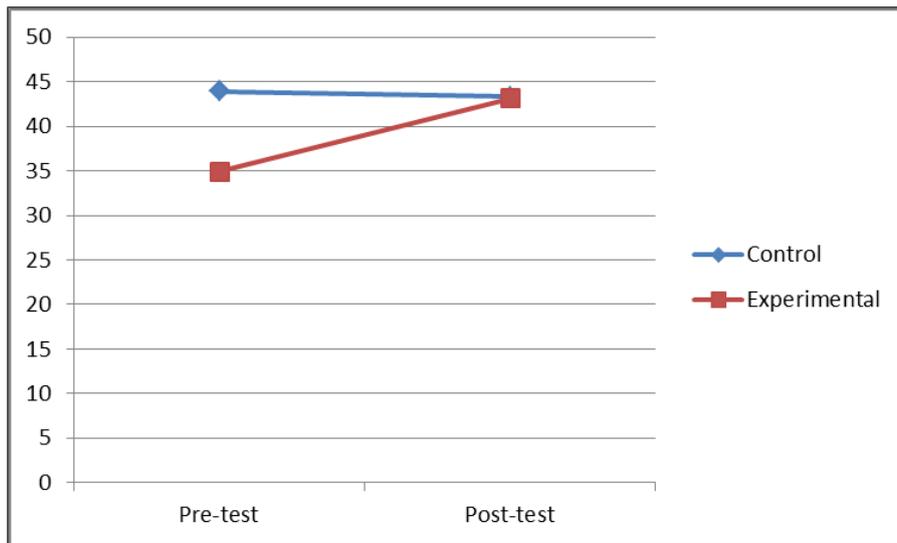


Figura 25. Puntuaciones pre-test y post-test grupo control y experimental en calidad de vida de los pacientes con EII.



# CAPÍTULO VII

---

## DISCUSIÓN

### 7.1. DISCUSIÓN

Este apartado de la tesis, tratará de establecer relaciones entre los resultados obtenidos y procedimientos empleados en el estudio, con los objetivos e hipótesis marcadas al inicio del estudio, contrastando a continuación estos resultados con los existentes en la literatura<sup>61</sup>, y tratando de justificar finalmente, las posibles discrepancias.

En la actualidad, la EII, y en especial la EC y la CU, suponen un problema sanitario cada vez más importante, especialmente en los países más desarrollados (De la Coba y Saro, 2013), aumentando su prevalencia e incidencia de manera exponencial (De la Coba y Saro, 2013; Saro, 2013). Otro aspecto a tener en cuenta a nivel sanitario de estas patologías, es la propia sintomatología que presenta el paciente, consecuencia fundamentalmente de la inflamación que caracteriza la enfermedad (Quera y Palma, 2008), que produce graves problemas digestivos y que a su vez genera en el paciente una disminución evidente de la calidad de vida. A esto habría que sumar, los problemas secundarios que acarrea los tratamientos que reciben los enfermos, basados especialmente en el uso de glucocorticoides (López, 2013), que sin embargo no son curativos, sino únicamente paliativos de la enfermedad.

En cuanto a las causas etiológicas y patogenia de la enfermedad, es importante destacar la gran influencia que tiene el sufrimiento de estrés emocional por parte de la persona enferma, lo que se manifiesta en agravamiento del curso de la dolencia y mayor aparición de los brotes característicos de la EII (Barreiro, 2013; Iglesias y Barreiro, 2013).

---

<sup>61</sup>Dado que no existe constancia de estudios anteriores sobre la aplicación de BMGIM en EII, se ha establecido esta comparativa con estudios que utilizaron BMGIM en otro tipo de aplicaciones similares.

Todo esto hace que nos tengamos que plantear nuevas alternativas terapéuticas, no basadas en fármacos, que permitan una disminución del estrés percibido, lo que se traducirá en una mejora de la calidad de vida y del estado de ánimo.

En la actualidad, dentro de las terapias complementarias a las fármaco-médicas, una de las que mejores resultados están consiguiendo en la mejora de la calidad de vida, estado de ánimo y nivel de estrés en otras enfermedades crónicas, son las terapias psicológicas (Gracie et al., 2017). Concretamente, las basadas en la Musicoterapia (Bruscia, 2007) y en especial el Método BMGIM (Bonny y Savary, 1994), muestran grandes resultados en la disminución de estrés en diversas patologías (Jacobi y Eisenberg, 2001; Torres, 2015a, 2015b). Todo ello animó al autor del trabajo de esta tesis doctoral, a probar si una intervención con musicoterapia basada en BMGIM podría resultar también eficaz en la mejora de todos estos aspectos psicopatológicos que influyen en la evolución de la EII, concretamente en la EC y la CU.

El primer objetivo específico de este trabajo fue analizar el impacto de una intervención de 8 sesiones de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM en el transcurso de 8 semanas, sobre el estado de ánimo (tristeza, miedo, enfado y felicidad) de los pacientes con EII (EC y CU). Al comparar el estado de ánimo inicial de los pacientes que recibieron este tratamiento (grupo experimental) con el final tras terminar la intervención, las puntuaciones en los cuestionarios utilizados a tal efecto mostraron una mejora estadísticamente significativa en los estados de ánimo de tristeza, miedo y enfado, aunque hubo un leve descenso en las puntuaciones de percepción de felicidad. Cabe resaltar que, sin embargo, estas diferencias no se observaron en el grupo control, ya que al finalizar el estudio mostraron niveles similares en las cuatro variables. Por otra parte, la influencia del tratamiento en el grupo experimental se confirma, al comparar los parámetros anímicos del grupo experimental con el grupo control, donde se observaron diferencias significativas entre ambas poblaciones a favor del grupo experimental que presentó una disminución de la percepción de tristeza, miedo y enfado, y únicamente la variable felicidad no presentó diferencias entre los grupos,

siendo incluso menor la percepción de felicidad en ambos casos que al inicio del estudio.

Tras estos resultados, la hipótesis planteada de que el estado de ánimo de los pacientes con EII (EC y CU), después de realizar un proceso de 8 sesiones de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, mejorará, queda confirmada en los estados de ánimo de tristeza, miedo y enfado, aunque no se cumplió en el estado de ánimo felicidad, en el que el tratamiento musicoterapéutico no presentó efecto alguno. Si comparamos estos resultados con la literatura existente, estos son similares a los obtenidos en otros estudios basados en intervención con el método BMGIM como los de Beck (2012), y Beck et al. (2015), que obtuvieron una mejora estadísticamente significativa del estado de ánimo general al aplicar varias sesiones de BMGIM a sus pacientes pertenecientes al grupo experimental, respecto a un grupo control; o el de Bonde (2007) que lo hace de un modo cualitativo. Es importante indicar que, especialmente en este último trabajo, la mejora del estado de ánimo es global, por lo que podemos concluir diciendo que en ningún estudio se hizo hincapié en la variable felicidad, lo que impide que podamos contrastar resultados.

El segundo objetivo específico fue analizar el impacto de la misma intervención (8 sesiones de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM en el transcurso de 8 semanas), sobre los aspectos psicopatológicos que muestran los enfermos de EII, depresión y ansiedad (especialmente esta última que presenta una mayor prevalencia (Miehsler et al., 2008; Mikocka-Walus et al., 2008; Iglesias et al. (2009)), que aumentan la probabilidad de recaídas y brotes en la enfermedad (Díaz et al., 2013).

En cuanto a la ansiedad, nuestros resultados muestran que la percepción del estado de ansiedad de los pacientes con EII que recibieron el tratamiento (grupo experimental), descendió significativamente al término de la intervención. De igual manera, al comparar al final de la intervención los niveles de ansiedad del grupo experimental con los que presentó el grupo control, los que recibieron el tratamiento presentaron una percepción de la ansiedad significativamente más baja que los que no la recibieron. Al comparar nuestros resultados con los publicados por otros autores, se observa coincidencia en las

conclusiones. En este sentido, los estudios de Körlin y Wrangsjö (2002) y los de Torres (2015a, 2015b), dieron muestra de una reducción significativa de la ansiedad percibida y ansiedad estado respectivamente, al aplicar varias sesiones de BMGIM a sus pacientes pertenecientes al grupo experimental, respecto a un grupo control. De la misma manera, Beck (2012), Beck, et al. (2015), Jacobi y Eisenberg (2001), analizaron el nivel de ansiedad generalizada en sus pacientes, y constataron una disminución significativa, al aplicar varias sesiones de BMGIM a sus pacientes pertenecientes al grupo experimental, respecto a un grupo control.

En relación a la otra variable psicopatológica analizada, el estado de depresión percibida por los pacientes con EII, después del tratamiento de Musicoterapia BMGIM (grupo experimental) también experimentó un descenso estadísticamente significativo al finalizar la intervención, y de igual modo ocurrió al comparar los niveles de depresión percibida presentados por el grupo experimental con los que mostró el grupo control al finalizar la intervención de las 8 semanas. Al igual que con la ansiedad, al hacer una revisión de la literatura sobre BMGIM y su aplicación en la depresión para comparar resultados, encontramos los trabajos de Beck (2012) y Beck et al. (2015), que analizaron la presencia de síntomas de depresión mayor, y constataron una disminución significativa al aplicar varias sesiones de BMGIM a sus pacientes pertenecientes al grupo experimental, respecto a un grupo control. De la misma manera, el estudio de Jacobi y Eisenberg (2001), obtuvo resultados favorables al analizar el estado depresivo antes y después de la aplicación de BMGIM en pacientes con artritis reumatoide (grupo experimental), que además tuvo una diferencia significativa al compararlo con un grupo control. De este modo, nuestros resultados coinciden con los obtenidos por otros autores.

Por tanto, para el segundo objetivo, la hipótesis formulada, es decir, que los aspectos psicopatológicos (ansiedad y depresión) presentes en los pacientes con EII (EC y CU), después de realizar un proceso de 8 sesiones de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, mejorarán, queda netamente constatada. Otra cuestión no analizada en este trabajo es la relación entre ambas variables, y si la percepción de ansiedad depende de la depresión

o al revés. Nuestros resultados parecen indicar que podría existir una relación entre ambas, existiendo la posibilidad de que una dependa de la otra como apunta Miehsler et al. (2008), que indicó que los pacientes con EII y ansiedad tienen más probabilidad de desarrollar depresión.

El tercer objetivo específico del trabajo fue analizar el impacto de la terapia sobre los niveles de marcadores biológicos del estrés a medio plazo, para lo que se cuantificó el nivel de cortisol en pelo. Nuestros resultados muestran que los pacientes de EII que recibieron el tratamiento durante dos meses, descendieron la concentración de cortisol en pelo de manera significativa. Sin embargo, la diferencia entre este mismo grupo y el grupo control no fue significativa, aunque los pacientes que recibieron la terapia presentaron una media de cortisol más baja que los que no la recibieron.

Como consecuencia podemos decir que la hipótesis formulada que indicaba que los niveles de marcadores biológicos del estrés a medio plazo (cortisol en pelo), de los pacientes con EII (EC y CU), después de recibir una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, disminuirán, no se cumplió. Estos resultados conviene analizarlos con un poco más de profundidad. Por una parte, es evidente la eficacia de la terapia en la disminución del estrés sostenido a medio plazo (plasmado en la concentración de cortisol en el pelo) ya que la diferencia, como se ha dicho, es significativa. Y por otra, el hecho de que no existan diferencias significativas en el cortisol entre los dos grupos al término de los dos meses, se puede deber a los reajustes que sufre el eje HPA. Y en este sentido, llama la atención que los valores de partida de cortisol en saliva de ambos grupos son muy diferentes, ya que los pacientes del grupo control presentaron unos niveles mucho mayores ( $\bar{x} = 9.74$  ng/ml) que los que mostraron los pacientes del grupo experimental ( $\bar{x} = 5.34$  ng/ml). Esto, como se ha publicado (Pulopulos et al., 2014), genera una retroalimentación negativa que se puede ver a largo plazo en los niveles de cortisol en pelo, observada en otras enfermedades como el Alzheimer (De la Rubia et al., 2017) y que en otro tipo de muestras como sangre o la propia saliva no se da porque a nivel agudo se produce lo que se conoce como proceso de desinhibición de la retroalimentación negativa (Swaab, Bao & Lucassen, 2005), de modo que los

niveles en este tipo de muestras no disminuye. En cuanto a la comparativa de nuestros resultados con los obtenidos en otros estudios, no se han encontrado trabajos que midan el impacto de la terapia BMGIM en el nivel de estrés a largo plazo de este tipo de pacientes través de la medición del cortisol en pelo, por lo que la aportación de nuestro estudio es la primera en este sentido.

En relación al cuarto objetivo del presente estudio, que era analizar el impacto de una única sesión de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, sobre los niveles de marcadores biológicos del estrés agudo (concretamente de la hormona cortisol en saliva), de los pacientes con EII (EC y CU), cabe indicar que después de recibir esta única sesión, los integrantes del grupo experimental mostraron un descenso estadísticamente significativo. De igual manera, al comparar los niveles de cortisol en saliva el mismo día y a la misma hora entre este grupo y el grupo control que no recibió la terapia, encontramos que el grupo experimental presentó unos niveles más bajos que el grupo control, tratándose además de una diferencia estadísticamente significativa.

Por consiguiente, en base a los resultados, podemos afirmar que la hipótesis barajada para este caso, es decir, que el estrés agudo de los pacientes con EII (EC y CU) disminuirá tras recibir una única sesión de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, queda confirmada. A su vez, comparando estos resultados con los obtenidos en otros estudios de la literatura científica, encontramos que otros autores obtuvieron resultados similares, como es el caso de los estudios de Beck (2012) y de Beck et al. (2015), que también pudieron constatar una disminución significativa en los niveles de cortisol salival en los pacientes que recibieron musicoterapia. Aún así, es importante indicar que existe una diferencia entre nuestro trabajo y los trabajos precedentes mencionados. En nuestro estudio solamente se tuvo en cuenta una única sesión de musicoterapia para realizar esta medición del cortisol, y en los otros estudios anteriores, se realizó esta medición tras el transcurso de un proceso de terapia superior (seis sesiones), aunque fue con una muestra inferior (solamente con 20 pacientes).

En cuanto al quinto objetivo específico fijado en este estudio, que era analizar el impacto de una única sesión de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM sobre el nivel de competencia inmunológica determinada a través de la cuantificación de IgA en saliva, nuestros resultados muestran que los que recibieron la sesión disminuyeron no significativamente los valores de la inmunoglobulina. De igual manera, al comparar los niveles de IgA entre este grupo y el grupo control, encontramos que el grupo experimental presentó unos niveles más bajos que el grupo control, aunque estas diferencias tampoco fueron estadísticamente significativas.

Por tanto, respecto a la hipótesis fijada inicialmente que decía que los niveles de marcadores biológicos del sistema inmunitario (IgA) de los pacientes con EII (EC y CU) aumentan tras la terapia, podemos decir que no se cumplió. La explicación de estos valores de IgA, podemos encontrarla en los resultados que hemos obtenido para una de las variables anímicas, concretamente felicidad, que como se describe en este mismo apartado de discusión, es la única en la que no conseguimos un cambio satisfactorio tras la intervención terapéutica de 8 sesiones. En este sentido, cabe recordar que se conoce desde hace tiempo la vinculación existente entre percepción de felicidad y concentración de IgA (Dillon y Totten, 1989), de modo que se entiende que no mejoren ninguna de las dos variables ya que parecen estar relacionadas. Además, también se puede ver como hay una concordancia con los resultados de otros estudios publicados, en los que, a pesar de no tratarse de intervenciones musicoterapéuticas, se analiza cómo afecta en la IgA la práctica coral y su audición musical en quien la realiza y en quien la recibe respectivamente, observándose que el aumento de IgA se da en los que practican la música (Beck, Cesario, Yousefi & Enamoto, 2000) y no tanto en los que la reciben de un modo más pasivo (Kreutz, Bongard, Rohrmann, Hodapp & Grebe, 2004).

Para finalizar con la variable IgA, cabe destacar también que los trabajos publicados basados en el método BMGIM van en esta misma línea. De este modo, encontramos los estudios de Heiderscheidt (2005, 2017), que obtuvieron resultados similares, es decir, no hubo ningún cambio general significativo al aplicar musicoterapia BMGIM en los niveles de secreción de IgA de los

pacientes pertenecientes al grupo experimental, respecto a un grupo control. A pesar de ello, hay que decir que existe una diferencia entre nuestro estudio y estos otros precedentes. En nuestro estudio solamente se tuvo en cuenta una única sesión de musicoterapia para realizar esta medición del IgA salival, y en los otros estudios anteriores, se realizó esta medición tras el transcurso de un proceso de terapia superior (de 4 a 7 sesiones), aunque fue con una muestra inferior (solamente con 19 pacientes).

En cuanto al sexto y último objetivo específico fijado en este estudio, que era analizar la influencia de las 8 sesiones del método de Musicoterapia BMGIM en la percepción de la calidad de vida, cabe indicar que hubo diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y post-test en el grupo que recibió el tratamiento en musicoterapia BMGIM (grupo experimental). Aunque después, al comparar los resultados de este grupo con los obtenidos para el grupo que no recibió el tratamiento (grupo control), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el post-test. Por consiguiente, en este estudio, la aplicación de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM durante un proceso que duró 8 semanas, resultó eficaz para la población que recibió el tratamiento pero no se muestra como una terapia que mejore a los pacientes respecto a otros con la misma patología.

Por tanto, la hipótesis formulada en este sentido, es decir, que la percepción de calidad de vida de los en los pacientes con EII (EC y CU), después de realizar un proceso de 8 sesiones de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, mejorará, no se cumplió. Al comparar nuestros resultados con la literatura existente, encontramos estudios que obtuvieron resultados opuestos. Trabajos como los de Burns (2001), Bonde (2007) y Maak (2012), muestran un incremento estadísticamente significativo de la percepción de la calidad de vida en los pacientes que recibieron musicoterapia BMGIM (grupo experimental), con respecto al grupo que no recibió esta terapia (grupo control). Cabe resaltar que estos trabajos tuvieron una duración diferente (el estudio de Burns (2001) tuvo una duración de 10, y de Bonde (2007) duró 20 semanas, mientras que el de Maak osciló dependiendo del tipo de pacientes). Por lo tanto, se puede concluir que los cambios en la variable de percepción de

calidad de vida en los pacientes de EII se producen a más a largo plazo que las otras variables psicopatológicas analizadas en este estudio, y esta puede ser la explicación de la diferencia de resultados que hemos obtenido nosotros para esta variable.

Para finalizar, y en base a los objetivos específicos analizados en este apartado, es el momento de dar respuesta al objetivo general de este estudio, que era determinar la eficacia del impacto de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, en la salud de pacientes con EII (EC y CU). Y en este sentido podemos concluir diciendo que el estado general de salud de pacientes con EII (EC y CU) mejoró, siendo esta mejoría significativa en la mayoría de las variables psicopatológicas analizadas, y en el estrés fisiológico agudo.

#### **7.1.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE TRABAJO**

Cabe indicar que esta tesis presenta una serie de limitaciones o sesgos tanto en el diseño como en la realización del estudio, que a continuación pasarán a detallarse.

- La primera limitación a destacar sería la escasa muestra conseguida, debido principalmente a la dificultad de los pacientes para mantener el compromiso semanal durante 8 semanas para realizar las sesiones (en el grupo experimental) y para quedar con enfermería en las dos citas antes y después de 8 semanas (para el grupo control). En este sentido, hay que tener en cuenta que estos problemas de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, muchas veces fue motivada por el propio curso de la EII, que hizo que en algunos casos aparecieran de nuevo episodios de brotes incapacitantes, con la consecuente vuelta a la medicación con corticoides en su mayoría, que implicaba la exclusión del estudio de estos pacientes por las cuestiones argumentadas en apartados anteriores. Sea como fuere, esta escasa muestra obtenida dificulta la generalización de los resultados obtenidos. Por tanto, sería recomendable, para futuros estudios, aumentar el número de participantes en el estudio, previendo esta limitación.

- Por otra parte, también hubo una limitación en la cantidad de medidas repetidas de los elementos biológicos analizados, especialmente en la IgA y cortisol salivales, pues solamente se analizaron antes y después de la primera sesión, no pudiéndose contrastar con la evolución al final de las 8 semanas. Por todo ello, en estudios futuros se debería poder tomar más muestras salivales a lo largo de la duración de las sesiones para poder analizar los cambios progresivos que se producen como consecuencia del tratamiento, de modo que se puedan tener más elementos de valoración global que permitan sacar más y mejores conclusiones de la evolución de la eficacia de la terapia a lo largo del tiempo.
- En relación a las variables, tampoco se han realizado estudios de relación (mediante análisis de correlación o regresión), entre las variables psicopatológicas, las variables fisiológicas e incluso entre ambas (psicopatológicas y fisiológicas) que ayudarían a explicar si los cambios observados en las mismas están relacionados o si incluso unos dependen de los otros.
- Otra cuestión que no se tuvo en cuenta en este estudio fue realizar, por parte del terapeuta, una entrevista individual con cada paciente interesado en participar como grupo experimental, previamente al inicio del tratamiento-sesiones. Esto hubiese permitido al terapeuta: 1) conocer mejor características y temas personales de interés para el trabajo terapéutico personal de cada paciente; 2) la valoración por parte del terapeuta del paciente acerca de su idoneidad o no para iniciar un tratamiento terapéutico en grupo con esta adaptación del método de musicoterapia BMGIM; 3) en caso de decidir la idoneidad para el trabajo en grupo del paciente, haberlo ubicado en un subgrupo experimental u otro en base a afinidades, pues en terapia, el trabajo con grupos homogéneos facilita el diseño y preparación de las sesiones por parte del terapeuta.
- Terminando con las limitaciones, cabría indicar que el mismo estudio no comparó la Musicoterapia con otras terapias o técnicas, y esto hubiera

sido interesante para determinar si la Musicoterapia es igualmente, más o menos efectiva que otro tipo de intervenciones, para enfermos con EII.

De la misma manera, a partir de la realización de esta investigación-estudio, se podrían derivar futuras líneas de trabajo que permitirían seguir indagando a partir del punto en que ha quedado este trabajo. Aparte de subsanar las limitaciones anteriores, se pasa a detallar a continuación algunas de estas posibles líneas de investigación:

- Realizar un estudio utilizando una adaptación grupal de BMGIM similar a la empleada en esta tesis, pero con una duración superior, de entre 6 meses a un año, para así poder ver su influencia en el estrés crónico y resto de variables analizadas en pacientes con EII, así como en la medicación y parámetros médicos (analítica de sangre, número de brotes). En este estudio se podría valorar la evolución de los efectos a lo largo plazo, comparando un grupo control con el experimental.
- En la misma línea de tratar de valorar el efecto sostenido de la intervención, sería interesante, una vez finalizada la terapia, realizar un seguimiento en el tiempo, del estado de las variables analizadas en la población que ha participado en el estudio (tanto grupo experimental como control).
- También sería interesante relacionar variables de percepción psicopatológicas con las fisiológicas, para determinar si lo que siente una persona enferma se corresponde con su estado físico o no.
- Ampliar el estudio a otros tipos de EII e incluso a otras enfermedades autoinmunes, para así poder comparar resultados y establecer puentes entre investigaciones, equipos médicos, disciplinas y profesionales.
- Diseñar intervenciones multicéntricas, para establecer protocolos y comparaciones dentro de la población española, para después poder extrapolarlo y compararlo a nivel internacional.
- Realizar comparativa de diferentes intervenciones con pacientes con EII u otro tipo de patologías crónicas entre, por un lado un grupo experimental

que reciba BMGIM, y por otro grupos que reciban otros tipos de intervención en musicoterapia, o incluso otro tipo de terapias complementarias no farmacológicas.

### **7.1.2. APORTACIONES DEL ESTUDIO**

Para finalizar con el apartado de discusión, es conveniente resaltar brevemente las aportaciones más relevantes que presenta este estudio para el acervo científico y para la sociedad.

En primer lugar, pensamos que cabe resaltar la importancia del estudio por las propias variables escogidas para su análisis (ansiedad, depresión, estrés, estado de ánimo, sistema inmune y calidad de vida), que han sido medidas tanto de manera objetiva (mediante pruebas fisiológicas) como de manera subjetiva (mediante medidas de heteroinforme), reportando todas ellas información sobre la evolución de la EII al aplicar una adaptación de BMGIM. En este sentido, hasta la fecha de finalización de esta tesis se había realizado ningún estudio que utilizara medidas objetivas y subjetivas para valorar la efectividad de BMGIM en pacientes con EII. Es más, se trata del primer estudio a nivel mundial que ha estudiado la influencia de esta adaptación grupal del método BMGIM y su aplicación en pacientes con EII, tomando por tanto una importancia extra en lo que respecta a la generación de un protocolo de intervención BMGIM que puede servir de modo eficaz de cara a futuras intervenciones con esta población de personas con enfermedad de EII.

# CAPÍTULO VIII

---

## CONCLUSIONES

### 8.1. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se extraen de esta investigación, en función de los resultados obtenidos a partir de los objetivos e hipótesis planteados, se dividen en conclusiones principales (CP) y conclusiones específicas (CE), y son las siguientes:

**CP:** La intervención con una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, mejoró el estado de salud de pacientes con EII (EC y CU).

**CE1:** Una intervención de 8 sesiones a lo largo de 8 semanas, de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, produjo una mejora significativa sobre los estados de ánimo de tristeza, miedo y enfado en los pacientes con EII (EC y CU). En cambio, no tuvo efecto significativo sobre el estado de ánimo de la felicidad.

**CE2:** Una intervención de 8 sesiones a lo largo de 8 semanas, de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, produjo una mejora significativa en las variables psicopatológicas de ansiedad y depresión, en los pacientes con EII (EC y CU).

**CE3:** Una intervención de 8 sesiones a lo largo de 8 semanas, de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, no tuvo efecto significativo sobre el nivel del estrés a medio plazo determinado a través de la medida de cortisol en pelo, en los pacientes con EII (EC y CU).

**CE4:** Una única sesión de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, disminuyó significativamente el nivel de estrés agudo determinado a través de la medida de cortisol en saliva, en los pacientes con EII (EC y CU).

**CE5:** Una única sesión de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, no afectó significativamente al nivel de competencia inmunológica, determinado a través de la medida de IgA en saliva, en los pacientes con EII (EC y CU).

**CE6:** Una intervención de 8 sesiones a lo largo de 8 semanas, de una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM, no tuvo efectos significativos en la percepción de la calidad de vida en los pacientes con EII (EC y CU).

Para finalizar, y tras analizar y discutir los resultados obtenidos en este estudio, sería muy interesante que se pudiera tomar en cuenta la inclusión de la Musicoterapia dentro de las unidades de patología digestiva de los hospitales, y más aún, dentro de todo el Sistema Nacional de Salud, pasando a considerar al musicoterapeuta como un nuevo profesional sanitario. Para esto, el Gobierno debería aprobar una nueva legislación que permita regular la profesión (que a día de hoy no lo está aún en nuestro país), pues se vienen realizando intervenciones con la música en el entorno sanitario (llevadas a cabo por enfermeros o músicos profesionales) a las que se les da erróneamente la denominación de Musicoterapia, pues no son llevadas a cabo por musicoterapeutas profesionales y no forman parte de un proceso terapéutico basado en la relación de ayuda. La Musicoterapia es una profesión con un corpus teórico y práctico muy definido, y esto se tiene que tener en cuenta porque en muchos casos, otros profesionales que empleen la música como terapia sin preparación, en vez de un beneficio, pueden producir un perjuicio en el paciente. Los musicoterapeutas confiamos que, en un futuro próximo, la Musicoterapia tenga el reconocimiento en nuestro país que merece por su trayectoria rigurosa en la praxis y en la investigación, como sucede ya en otros países.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADISEN (2017). *Hiperplasia suprarrenal congénita (Definición y causas)*. Recuperado de <https://adisen.es/enfermedades-endocrinas/hiperplasia-suprarrenal-congenita>
- Alcalá, M. J. (2003). *Elaboración y validación de un cuestionario reducido de la versión española del cuestionario de calidad de vida específico para la enfermedad inflamatoria intestinal*. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/4406>
- Alvin, J. (1967). *Musicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Ananthakrishnan, A. N. (2013). Environmental Risk Factors for Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology & Hepatology*, 9(6), 367-374.
- Argüelles, F. (2013a). ¿En qué consisten las pruebas para el diagnóstico y seguimiento de la EC? En Chaparro, M. y Gómez, S. (coords.). *Todo sobre la enfermedad de Crohn. Manual de ayuda para el paciente* (pp. 25-34). Madrid: EDIMSA. Editores médicos. Recuperado de <http://geteccu.org/contenidos/up/2015/07/Pruebas-Diagnosticas-EC.pdf>
- Argüelles, F. (2013b). ¿En qué consisten las pruebas para el diagnóstico y seguimiento de la colitis ulcerosa? En Chaparro, M. y Gómez, S. (coords.). *Todo sobre la colitis ulcerosa. Manual de ayuda para el paciente* (pp. 27-32). Madrid: EDIMSA. Editores médicos. Recuperado de <http://geteccu.org/contenidos/up/2015/07/Pruebas-Diagnosticas-CU.pdf>
- Barreiro, M. (2013). Cuestiones psicológicas relacionadas con la colitis ulcerosa. En Chaparro, M. y Gómez, S. (coords.). *Todo sobre la colitis*

ulcerosa. *Manual de ayuda para el paciente* (pp. 79-84). Madrid: EDIMSA. Editores médicos. Recuperado de <http://geteccu.org/contenidos/up/2015/07/Aspectos-Psicol%C3%B3gicos-CU.pdf>

Bayón, F. (2010). *Coaching hoy: Teoría general del coaching*. Barcelona: Editorial Universitaria Ramón Areces.

Beck, B. D. (2012). *Guided Imagery and Music (GIM) with adults on sick leave suffering from work-related stress – a mixed methods experimental study*. Doctoral Dissertation. Aalborg University, Denmark. Recuperado de [http://vbn.aau.dk/files/68298949/42919\\_phdbolettebecksmall.pdf](http://vbn.aau.dk/files/68298949/42919_phdbolettebecksmall.pdf)

Beck, B., Hansen, A., & Gold, C. (2015). Coping with work-related stress through Guided Imagery and Music (GIM): Randomised controlled trial. *Journal of Music Therapy*, 52(3), 323-352.

Beck, R. J., Cesario, T. C., Yousefi, A., & Enamoto, H. (2000). Choral Singing, Performance Perception, and Immune System Changes in Salivary Immunoglobulin A and Cortisol. *Music Perception*, 18(1), 87-106.

Benenzon, R.O. (2000). Modelo Musicoterapéutico de Benenzon. En Betés, M. (comp.). *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 330-349). Madrid: Ediciones Morata S.L.

Bennebroek Evertsz', F., Thijssens, N.A., Stokkers, P.C., Grootenhuis, M.A., Bockting C.L., Nieuwkerk, P.T.,...& Sprangers, M.A. (2012). Do Inflammatory Bowel Disease patients with anxiety and depressive symptoms receive the care they need? *Journal of Crohns Colitis*, 6(1), 68-76. doi: 10.1016/j.crohns.2011.07.006.

- Bernklev, T., Jahnsen, J., Aadland, E., Sauar, J., Schulz, T., Lygren, I....& Moum, B. (2004). Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease five years after the initial diagnosis. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 39(4), 365-373.
- Berrill, J.W., Sadlier, M., Hood, K., & Green, J.T. (2014). Mindfulness-based therapy for inflammatory bowel disease patients with functional abdominal symptoms or high perceived stress levels. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(9), 945-955.
- Berroa, E., Mora, N., y Fernández, L.I., (2017). Las preocupaciones de los pacientes españoles con enfermedad inflamatoria intestinal medidas con el cuestionario RFIPC. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 109(3), 196-201.
- Betés, M. (2000). Bases históricas del uso terapéutico de la música. En Betés, M. (comp.) *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 23-36). Madrid: Ediciones Morata S.L.
- Bitton, A., Dobkin, P.L., Edwardes, M.D., Sewitch, M.J., Meddings, J.B., Rawal, S.,... & Wild, G.E. (2008). Predicting relapse in Crohn's disease: a biopsychosocial model. *Gut*, 57(10), 1386-1392.
- Blai, R. (2017). *PsicoSitio. Psicología y Nutrición: Consejo y Orientación Terapéutica de los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos de la Alimentación*. Recuperado de <https://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/>
- Blake, R. L. (1994). Vietnam Veterans with Post Traumatic Stress Disorder: Finding from a Music and Imagery Project. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 3, 5-17

- BOE (2007). *Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal*. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2008/BOE-A-2008-979-consolidado.pdf>
- Bonde, L.O. (2007). Imagery, metaphor, and perceived outcome in six cancer survivors' Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) therapy. *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, 3, 132-164.
- Bonny, H.L. (1976). *Music and psychotherapy: A Handbook and Guide Accompanied by Eight Music Tapes to Be Used by Practitioners of Guided Imagery and Music*. Doctoral dissertation. Cincinnati, OH: Union of Experimenting Colleges and Universities.
- Bonny, H.L. (2002). *Music Consciousness: The evolution of Guided Imagery and Music*. London: Barcelona Publishers.
- Bonny H. L., & Pahnke, W.N. (1972). The Use of Music in Psychedelic (LSD) Psychotherapy. *Journal of Music Therapy*, 9, 64-87.
- Bonny, H.L., y Savary, L. M. (1994). *La música y su mente*. Madrid: Editorial Edaf S.A.
- Bruscia, K. E. (1991). Embracing life with AIDS: Psychotherapy through Guided Imagery and Music (GIM). In Bruscia K.E. (ed.) (pp. 581-602). *Case Studies in Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (1998a). *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Gilsum (New Hampshire, USA): Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2007). *Musicoterapia: Métodos y prácticas (traducción del original: Defining Music Therapy)*. México: Ed. Pax.

- Brzozowski, B., Mazur-Bialy, A., Pajdo, R., Kwiecien, S., Bilski, J., Zwolinska-Wcislo, M., ....& Brzozowski, T. (2016). Mechanisms by which Stress Affects the Experimental and Clinical Inflammatory Bowel Disease (IBD): Role of Brain-Gut Axis. *Current Neuropharmacology*, 14(8), 892-900.
- Burns, D. S. (2001). The effect of the Bonny Method of Guided Imagery and Music on the mood and life quality of cancer patients. *Journal of Music Therapy*, 38(1), 51-65. doi:10.1093/jmt/38.1.51
- Bush, C. A. (1995). *Healing Imagery and Music: Pathways to the inner self*. Portland (Oregón, USA): Rudra Press.
- Cabañés, M. C. (2016). *Estudio de la efectividad de intervenciones no farmacológicas en la reducción de la ansiedad y depresión y la mejora del estado de ánimo en pacientes con enfermedad de Alzheimer grado leve*. Tesis doctoral no publicada. Valencia: Universidad Católica de Valencia.
- Cadrin, L. (2005). Dying well: The Bonny Method of Guided Imagery and Music at the end of life. *Journal Association of Music & Imagery*, 10(1), 1-26.
- Calle, I. (2013). *Fundamentos histórico-artísticos de la música como medio terapéutico en Europa: desde la Edad Media hasta el Prerromanticismo*. Tesis doctoral. Universtitat de València. Recuperado de <http://bit.ly/2qIQx4I>
- Camacho, L. (2009). Apoyo y tratamiento psicológico en la enfermedad inflamatoria intestinal: relación médico-paciente. *Gastroenterología y Hepatología*, 32(Supl 2), 13-18.

- Casellas, F., López-Vivancos, J., Vergara, M., y Malagelada, J.R. (1999). Impact of Inflammatory Bowel Disease on Health-Related Quality of Life. *Digestive diseases*, 17(4), 208-18.
- Centro Investigación de Ciencias de la Salud de Ernst & Young Global Limited EY (2016). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal: situación actual y retos asistenciales*. Reino Unido: Ernst & Young S.L. Recuperado de [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-informe-enfermedad-inflamatoria-intestinal/\\$FILE/EY-enfermedad-inflamatoria-intestinal-situacion-actual-y-retos-asistenciales.PDF](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-informe-enfermedad-inflamatoria-intestinal/$FILE/EY-enfermedad-inflamatoria-intestinal-situacion-actual-y-retos-asistenciales.PDF)
- Cid, F.X. (1787). *Tarantismo observado en España ... y memorias para escribir la historia del insecto llamado Tarántula, efectos de su veneno en el cuerpo humano, y curación por la música ...*Madrid: Fondo Antiguo de la Universidad Complutense. Recuperado de [http://alfama.sim.ucm.es/dioscorides/consulta\\_libro.asp?ref=B22607663&idioma=0](http://alfama.sim.ucm.es/dioscorides/consulta_libro.asp?ref=B22607663&idioma=0)
- Cirión, G., y Herrera, M. A. (2005). *Anatomía patológica. Temas para enfermería*. La Habana (Cuba): Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de <http://bit.ly/2mp3IUq>
- Clark, M. F. (2002). The Evolution of the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM). In Bruscia, K.E., & Grocke, D.E. (eds.) (pp. 5-27). *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*. Gilsum (New Hampshire, USA): Barcelona publishers.
- Clarkson, V. (2002). *Soñé que era normal*. Méjico: Alfaomega.
- Clarkson, V., y Torres, E. (2010). *Dossier de formación para terapeutas GIM, 2ª edición*. Vitoria: Agruparte.

- D'Haens, G., Sandborn, W.J., Feagan, B.G., Geboes, K., Hanauer, S.B., Irvine, E.J., ...& Sutherland, L.I.R. (2007). A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 132(2), 763-786.
- Danzi, J. (1998). Extraintestinal manifestation of idiopathic inflammatory bowel disease. *Archives of Internal Medicine*, 148(2), 297-302. doi: 10.1001/archinte.148.2.297
- Davis, W.B., Gfeller, K., y Thaut, M. (2000). *Introducción a la Musicoterapia: teoría y práctica*. Barcelona: Editorial de Música Boileau.
- Dahlhamer, J.M., Zammitti, E.P., Ward, B.W., Wheaton, A.G., & Croft, J.B. (2016). Prevalence of Inflammatory Bowel Disease Among Adults Aged ≥18 Years — United States, 2015. (2016). *Morbidity & Mortality Weekly Report* 65(42), 1166–1169. doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6542a3>
- De Andrés-García, S., Moya-Albiol, L., & González-Bono, E. (2012). Salivary cortisol and immunoglobulin A: Responses to stress as predictors of health complaints reported by caregivers of offspring with autistic spectrum disorder. *Hormones and Behavior*, 62(4), pp. 464-474. doi:10.1016/j.yhbeh.2012.08.003.
- De la Coba, C., y Saro, C. (2013). Epidemiología, herencia y factores de riesgo. En Chaparro, M. y Gómez, S. (coords.). *Todo sobre la enfermedad de Crohn. Manual de ayuda para el paciente* (pp. 15-29). Madrid: EDIMSA. Editores médicos. Recuperado de <http://geteccu.org/v1-content/up/2015/07/Epidemiolog%C3%ADa-EC.pdf>

- De la Rubia, J. E., Sancho, S., García, M.P., Julián M., Benlloch, M., & Prado, V. (2017). The importance of the relationship between cortisol and immunoglobulin a in the different stages of Alzheimer's disease. *En revisión*.
- De Oliveira, G.N., Lessa, J.M.K., Gonçalves, A.P., Portela, E.J., Sander, J.W., & Teixeira, A.L. (2014). Screening for depression in people with epilepsy: Comparative study among Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E), Hospital Anxiety and Depression Scale Depression Subscale (HADS-D), and Beck Depression Inventory (BDI). *Epilepsy & Behavior, 34*, 50-54.
- Díaz, M.A., Comeche, M.I., y Mas, B. (2007). Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales. *Revista española de enfermedades digestivas, 99*(10), 593-598.
- Díaz, M.A., Comeche, M.I., y Mas, B. (2013). Tratamiento psicológico en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/psicosomatica/tratamiento-psicologico-en-grupo-de-las-enfermedades-inflamatorias-intestinales/>
- Díaz, M.A., Comeche, M.I., Mas, B., Díaz, M., y Vallejo, M.A. (2008). Enfermedad inflamatoria intestinal: depresión y estrategias de afrontamiento. *Apuntes de Psicología, 26*(1), 91-102.
- Dignass, A., Lindsay, J.O., Sturm, A., Windsor, A., Colombel, J.F., Allez, M., .....& Van Assche, G. (2012). Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management. *Journal of Crohn's and Colitis, 6*, 991-1030.

- Dillon, K., & Totten, M. (1989). Psychological factors, immunocompetence, and health of breast-feeding mothers and their infants. *Journal of Genetic Psychology, 150*, 155-162.
- Dokter, D. (1994). *Arts Therapies and Clients with Eating Disorders. Fragile Board*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Doménech, E., y Casellas, F. (2011). Colitis Ulcerosa. En AEG Asociación Española de Gastroenterología (Ed.). *Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas* (3ª edición). Barcelona: Elsevier España S.L.  
Recuperado de [http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/noticias/manual\\_de\\_gastro.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/noticias/manual_de_gastro.pdf)
- Drossman, D.A., Patrick, D.L., Mitchell, C.M., Zagami, E.A., & Appelbaum, M.I. (1989). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease. Functional status and patient worries and concerns. *Digestive Diseases and Sciences, 34*(9), 1379-1386.
- Drossman, D. (1994). Irritable bowel syndrome: The role of psychosocial factors. *Stress Medicine, 10*(1), 49-55.
- Duffy, L., Zielezny, M., Marshall, J., Byers, T., Weiser, M., Phillips, ...& Graham, S. (1991). Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Journal of Behavioural Medicine, 17*(3), 101-110
- Fariña, C. (2011). Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. *Boletín ANM*, Año 3, Nº 29, IV-32. Caracas (Venezuela): Academia Nacional de Medicina.  
Recuperado de

<https://www.yumpu.com/es/document/view/13347706/aplicaciones-de-la-musicoterapia-en-la-medicina-academia->

Farmer, R.G., Easley, K.A., & Farmer, J.M. (1992). Quality of life assessment by patients with inflammatory bowel disease. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 59(1), 35-42.

Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia FEAMT (2017). *Definición de Musicoterapia según la World Federation of Music Therapy WFMT de 1996*. Recuperado de <http://feamt.es/que-es-la-musicoterapia/>

Fernández, J.C., Simón, M.A., y Bueno, A. M. (2010). Depresión, género y manifestaciones sistémicas en las enfermedades inflamatorias crónicas del intestino. *Psicothema*, 22(2), 208-212.

Fincher, S. (1994). *Creando Mandalas*. Madrid: Editorial Mirach, S.L.

Franco, C., Molina, A., Salvador, M., y de la Fuente, M. (2011). Modificación de variables de personalidad mediante la aplicación de un programa psicoeducativo de conciencia plena (mindfulness) en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(1), 136-147.

Freud, S. (1923). *Psicoanálisis y teoría de la libido*. On-line: Librodot. Recuperado de <http://bit.ly/2mp3IUq>

Fubini, E. (1994). *La Estética Musical desde la Antigüedad hasta el siglo XX*. Madrid: Alianza Música.

Fuentes, I., Balaguer, I., Meliá, J. L. y García-Merita, M. (marzo, 1995). *Forma abreviada del perfil de estados de ánimo (POMS)*. Comunicación presentada en el V Congreso de Psicología de la Actividad Física y del Deporte, Valencia.

- Fuller-Thomson, E., & Sulman, J. (2006). Depression and inflammatory bowel disease: findings from two nationally representative Canadian surveys. *Inflammatory Bowel Disease*, 12(8), 697-707.
- García, E., y Fernández, C. (1998). Algunos factores predictores en la enfermedad de Crohn. *Psicothema*, 10(1), 143-151.
- Gassull, M.A., y Mañosa, M. (2013a). Antecedentes históricos de la enfermedad de Crohn. En Chaparro, M. y Gómez, S. (coords.). *Todo sobre la enfermedad de Crohn. Manual de ayuda para el paciente* (pp. 9-14). Madrid: EDIMSA. Editores médicos. Recuperado de <http://geteccu.org/contenidos/up/2015/07/Antecedentes-hist%C3%B3ricos-EC.pdf>
- Gassull, M.A., y Mañosa, M. (2013b). Historia de la colitis ulcerosa. En Chaparro, M. y Gómez, S. (coords.). *Todo sobre la colitis ulcerosa. Manual de ayuda para el paciente* (pp. 11-15). Madrid: EDIMSA. Editores médicos. Recuperado de <http://geteccu.org/contenidos/up/2015/07/Antecedentes-hist%C3%B3ricos-CU.pdf>
- Gili, M., y Bauzá, N. (2009). Calidad de vida y personalidad en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología*, 32(Supl 2), 3-8.
- Gobantes, A. (2009). *Método de Imagen Guiada con Música*. Recuperado de <https://escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/09/metodo-bonny.pdf>
- Goldberg, F.S. (1994). The Bonny Method of Guided Imagery and Music as individual and group treatment in a short-term acute psychiatric hospital. *Journal of Association of Music & Imagery*, 3(1), 19-33.

- Goldberg, F.S., Hoss, T., & Chesna, T. (1988). Music and imagery as psychotherapy with a brain damaged patient: A case study. *Music Therapy Perspectives*, 5(1), 44-46.
- Gomollón, F., y Sans, M. (2012). Enfermedad inflamatoria intestinal. Enfermedad de Crohn. En Montoro, M.A. y García, J.C. (eds.). *Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica* (pp.443-458). Madrid: Jarpyo editores S.A. Recuperado de [http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/31\\_Enfermedad\\_inflamatoria\\_intestinal\\_Enfermedad\\_de\\_Crohn.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/31_Enfermedad_inflamatoria_intestinal_Enfermedad_de_Crohn.pdf)
- Górriz, A.B., Prado-Gascó, V.J., Villanueva, L., Ordóñez, A., & González, R. (2013). The MOOD Questionnaire: Adaptation and validation of the Spanish version. *Psicothema*, 25(2), 252-257. doi: 10.7334/psicothema2012.201.
- Gracie, D. J., Irvine, A.J., Sood, R., Mikocka-Walusc, A., Hamlin, J., & Ford, A.C. (2017). Effect of psychological therapy on disease activity, psychological comorbidity, and quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* 2(3), 189-199. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(16\)30206-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30206-0)
- Graff, L., Walker, J., y Bernstein, C. (2009). La depresión y la ansiedad en la enfermedad inflamatoria intestinal: una revisión de la comorbilidad y la gestión. *Inflammatory Bowel Disease*, 5(7), 1105-1118. doi: 10.1002/ibd.20873.

- Grocke, D., & Moe, T. (eds.). (2015). *Guided Imagery and Music (GIM) and music imagery methods for individual and group therapy*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Grof, S. (1988). *Psicología transpersonal. Nacimiento, muerte y trascendencia en psicoterapia*. Barcelona: Kairós.
- Grof, S. (1994). *La mente Holotrópica*. Barcelona: Kairós.
- Guthrie, E., Jackson, J., Shaffer, J., Thompson, D., Tomenson, B., & Creed, F. (2002). Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *American Journal of Gastroenterology*, 97(8),1994-1999.
- Guyatt, G., Mitchell, A., Irvine, E. J., Singer, J., Williams, N., Goodacre, R., & Tompkins, C. (1989). A new measure of health status for clinical trials in inflammatorybowel disease. *Gastroenterology*, 96(3), 804-810.
- Hajat, A., Diez-Roux, A.V., Sánchez, B.N., Holvoet, P., Lima, J.A., Merkin, S.S., ...& Wu, M. (2013). Examining the association between salivary cortisol levels and subclinical measures of atherosclerosis: The multi-ethnic study of atherosclerosis. *Psychoneuroendocrinology*, 2013, 38(7), 1036-1046.doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.10.007
- Hale, S.E. (1992). Wounded woman: The use of Guided Imagery and Music in recovery from mastectomy. *Journal of the Association of Music & Imagery*, 1,99-106.
- Haapamäki, J., Roine, R.P., Sintonen, H., Turunen, U., Färkkilä, M.A., & Arkkila, P.E. (2010). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease measured with the generic 15D instrument. *Quality of Life Research: an*

*International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation - Official Journal of the International Society of Quality of Life Research*, 19(6), 919-928. doi: 10.1007/s11136-010-9650-

Harvey, R.F., & Bradshaw, J.M. (1980). A simple index of Crohn disease activity. *The Lancet*, 8(1), p.514.

Heiderscheidt, A. (2005). *The effects of the Bonny Method of Guided Imagery and Music on interpersonal problems, sense of coherence, and salivary immunoglobulin A of adults in chemical dependency treatment*. Doctoral dissertation. Minneapolis, MN: University of Minnesota, Minneapolis.

Heiderscheidt, A. (2017). The effects of the Bonny Method of Guided Imagery and Music on interpersonal problems, sense of coherence, and salivary immunoglobulin A of adults in chemical dependency treatment. *Music & Medicine*, 9(1), 24-36.

Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., & Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277-283.

HHS U.S. Department of Health & Human Services (2016). *The Belmont Report*. USA: Office for Human Research Protections. Recuperado de <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>

Iglesias- Rey, M., Barreiro-de Acosta, M., Vázquez, I., Piñeiro, M., Figueiras, A., Nieto, ...& Domínguez-Muñoz, E. (2011). Psychologic stress in Crohn's disease and ulcerative colitis: role of gender and clinical activity of the disease. *Gastroenterology*, 140(1), S-787.

- Iglesias, M. y Barreiro, M. (2013). Aspectos psicológicos de la Enfermedad de Crohn. En Chaparro, M. y Gómez, S. (coords.). *Todo sobre la enfermedad de Crohn. Manual de ayuda para el paciente* (pp. 77-82). Madrid: EDIMSA. Editores Médicos.
- Iglesias, M., Barreiro, M., Vázquez, I., Figueiras, A., Nieto, L., Lorenzo, A.,... y Domínguez-Muñoz, J.E. (2009). Impacto psicológico de la enfermedad de Crohn en pacientes en remisión: riesgo de ansiedad y depresión. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 101(4), 249-257.
- Jacobi, J. (1973). *The Psychology of Carl Gustav Jung*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Jacobi, E.M., & Eisenberg, G.M. (2001). The efficacy of Guided Imagery and Music (GIM) in the treatment of rheumatoid arthritis. *Journal Association of Music & Imagery*, 8(1), 57-74.
- Jedel, S., Hoffman, A., Merriman, P., Swanson, B., Voigt, R., Rajan,...& Keshavarzian, A. (2014). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to prevent flare-up in patients with inactive ulcerative colitis. *Digestion*, 89(2), 142-155.
- Jordan, C., Sin, J., Fear, N.T., & Chalder, T. (2016). A systematic review of the psychological correlates of adjustment outcomes in adults with inflammatory bowel disease. *Clinical Psychology Review*, 47, 28-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.06.001>
- Joseph, J.J., Wang, X., Spanakis, E., Seeman, T., Wand, G., Needham, B.,...& Golden, S.H. (2015). Diurnal salivary cortisol, glycemia and insulin resistance: The multi-ethnic study of atherosclerosis. *Psychoneuroendocrinology*, 62, 327-335.

- Jostins, L., Ripke, S., Weersma, R.K., Duerr, R.H., McGovern, D.P., Hui, K.Y.,...& Cho, J.H. (2012). Host-microbe interactions have shaped the genetic architecture of inflammatory bowel disease. *Nature*, 491(7422), 119-124. doi: 10.1038/nature11582.
- Jung, C. G. (1977). *El hombre y sus símbolos*. Barcelona: Ed. Caralt.
- Katz, E. (1994). Creativity, art and the disabled individual. *International Journal of Arts Medicine*, 3(2), 30-33.
- Kellogg, J., MacRae, M., Bonny, H., & Dileo, F. (1977).The use of the mandala in psychological evaluation and treatment. *American Journal of Art Therapy*, 16, 123-126.
- Khor, B., Gardet, A., & Xavier, R.J. (2011). Genetics and pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Nature*, 474(7351), 307-317. doi: 10.1038/nature10209
- Körlin, D., & Wrangsjö, B. (2002). Treatment effects of GIM therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 11(1), 3-15.doi:10.1080/08098130209478038
- Kreutz, G., Bongard, S., Rohrman, S., Hodapp, V. & Grebe, D. (2004). Effects of Choir Singing or Listening on Secretory Immunoglobulin A, Cortisol, and Emotional State. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(6), 623-635.
- Kumar, V., Abbas, A.K., Fausto, N., y Mitchell, R.N. (2008). *Robbins. Patología humana* (8ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Kurina, L.M., Goldacre, M.J., Yeates, D., & Gill, L.E. (2001). Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(10),716-720.
- La Biblia (2006). *Conferencia Episcopal Española*. Madrid: Verbo divino.

- Larsson, K., Löf, L., Rönnblom, A., & Nordin, K. (2008). Quality of life for patients with exacerbation in inflammatory bowel disease and how they cope with disease activity. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 139-148.doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.10.007.
- Leonard, B.E. (2000). Stress, depression, and activation of the immune system. *World Journal of Biological Psychiatry*, 1(1), 17-25.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M.L., Andreoli, A., Luzi, C.,...& Marcheggiano A. (2000). Stress and Exacerbation in Ulcerative Colitis: A Prospective Study of Patients Enrolled in Remission. *American Journal of Gastroenterology*, 95(5), 1213-1220.
- Lix, L.M., Graff, L.A., Walker, J.R., Clara, I., Rawsthorne, P., Rogala, L,...& Bernestein, C.N. (2008). Longitudinal study of quality of life and psychological functioning for active, fluctuating, and inactive disease patterns in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Disease*,14(11), 1575- 1584.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badía, X., y Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y la ansiedad. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 118(13), 493-499.
- López, A. (2013). *Enfermedad inflamatoria intestinal. Información a los pacientes*. Recuperado de <http://geteccu.org/v1-content/up/2013/03/eii-informacion-general-pacientes.pdf>
- López, R., Marín, B., Hueso, C., Escalada, P., Sanz, A.C., y Rodríguez, C. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con

- enfermedad inflamatoria intestinal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(1), 123-131.
- Lorenzo, A., e Ibarrola, B. (2000). Modelo Humanista Transpersonal. En Betés, M. (comp.). *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 364-378). Madrid: Ediciones Morata S.L.
- Maack, C. (2012). *Outcomes and processes of the Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) and its adaptations, and Psychodynamic Imaginative Trauma therapy (PITT) for women with complex PTSD*. Doctoral dissertation. Aalborg, Denmark: Aalborg University. Recuperado de [http://vbn.aau.dk/files/68395912/Carola\\_Maack\\_12.pdf](http://vbn.aau.dk/files/68395912/Carola_Maack_12.pdf)
- Madsen, C.K., Madsen, C.H. Jr., & Cotter, V.A. (1968). A Behavioral approach to Music Therapy. *Journal of Music Therapy*, 5, 69-71.
- Marcus, M., Yasamy, M.T., van Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2016). Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. Geneva: WHO.
- Mardini, H.E., Kip, K.E., & Wilson, J.W. (2004). Crohn's disease: a two-year prospective study of the association between psychological distress and disease activity. *Digestive Diseases and Sciences*, 49(3), 492-497.
- Marjan, M. del P., Mendieta, D., Muñoz, M. A., Díaz, A., y Cortés, J. F. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud Mental*, 37(6), 509-516.
- Marr, J. (1998). GIM at the end of life: Case studies in palliative care. *Journal Association of Music & Imagery*, 6(1), 37-54.

- Martí, P. (2000). Visión general y teoría de la Musicoterapia. En Betés, M. (comp.). *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 287-300). Madrid: Ediciones Morata S.L.
- Martínez, A. (2016). *Inflamación*. México: IDAP S.C. Recuperado de [www.idap.com.mx/apuntes/Patologia/INFLAMACION.doc](http://www.idap.com.mx/apuntes/Patologia/INFLAMACION.doc)
- Masachs, M., Casellas, F., y Malagelada, J. R. (2007). Traducción, adaptación y validación al español del cuestionario de calidad de vida de 32 ítems (IBDQ-32) de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista Española de Enfermedades digestivas*, 99(9), 511-519.
- Masson (Ed.). (2004). *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas* (13ª ed.). Barcelona: Autor.
- McDonald, R.G. (1990). *The efficacy of Guided Imagery and Music as a strategy of self-concept and blood pressure change among adults with essential hypertension*. Doctoral dissertation. Minneapolis, MN: Walden University.
- McKinney, C.H., & Grocke, D.E. (2016). The Bonny Method of Guided Imagery and Music for Medical Populations: Evidence for Effectiveness and Vision for the Future. *Music & Medicine*, 8(2), 18-25.
- McKinney, C.H., Antoni, M.H., Kumar, A., & Kumar, M. (1995). The effects of Guided Imagery and Music on depression and beta-endorphin levels in healthy adults: A pilot study. *Journal of Association of Music & Imagery*, 4(1), 67-78.
- McKinney, C.H., Antoni, M.H., Kumar, M., Tims, F.C., & McCabe, P.M. (1997). Effects of Guided Imagery and Music (GIM) therapy on mood and cortisol

in healthy adults. *Health Psychology*, 16(4), 390-400. doi:10.1037/0278-6133.16.4.390

McNair, D.M., Lorr, M., & Droppleman, L.F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, California: EdITS/Educational and Industrial Testing Service.

McNair, D.M., Lorr, M., & Droppleman, L.F. (1992). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, California: EdITS/Educational and Industrial Testing Service (Edición revisada).

Meadows, A. (2002). Distinctions Between the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) and Other Imagery Techniques. In Bruscia, K.E., & Grocke, D.E. (eds.) (pp. 63-83). *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*. Gilsum (New Hampshire, USA): Barcelona publishers.

Medina, E. (2013). Enfermedad inflamatoria intestinal (I): clasificación, etiología y clínica. *Anales de Pediatría continuada*, 11(2), 59–67. doi: 10.1016/S1696-2818(13)70120-3

Mendes, L. R. (2000). El modelo GIM: Imágenes Guiadas con Música. En Betés, M. (comp.). *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 350-363). Madrid: Ediciones Morata S.L.

Mendoza, J.L., Lana, R., y Díaz-Rubio, M. (2007). Definiciones y manifestaciones clínicas generales. En Gassull, M.A., Gomollón, F., Obrador, A., e Hinojosa, J. (eds). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* (3ª ed.) (pp. 21-28). Madrid: GETECCU-Arán Ediciones.

- Mercadal-Brotons, M. (2000). Modelo conductista. En Betés, M. (comp.). *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 309-317). Madrid: Ediciones Morata S.L.
- Merritt, S. (1993). The healing link: Guided and Music and the body/mind connection. *Journal of Association of Music & Imagery*, 2(1), 99-109.
- Meyer, L., Simian, D., Lubascher, J., Acuña, R., Figueroa, C., Silva, G.,... y Quera, R. (2015). Eventos adversos en la terapia farmacológica de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista Médica de Chile*, 143(1), 7-13.
- Miehler, W., Weichselberger, M., Offerlbauer-Ernst, A., Dejaco, C., Reinisch, W., Vogelsang, H.,...& Moser, G. (2008). Which patients with IBD need psychological interventions? A controlled study. *Inflammatory Bowel Disease*, 14(9), 1273-1280.
- Mikocka-Walus, A.A., Turnbull, D.A., Moulding, N.T., Wilson, I.G., Andrews, J.M., & Holtmann, G.J. (2007a). Controversies surrounding the comorbidity of depression and anxiety in inflammatory bowel disease patients: a literature review. *Inflammatory Bowel Disease*, 13(2), 225-234.
- Mikocka-Walus, A.A., Turnbull, D.A., Moulding, N.T., Wilson, I.G., Andrews, J.M., & Holtmann, G.J. (2007b). "It doesn't do any harm, but patients feel better": a qualitative exploratory study on gastroenterologists' perspectives on the role of antidepressants in inflammatory bowel disease. *BMC Gastroenterology*, 7, 38.
- Mikocka-Walus, A.A., Turnbull, D.A., Andrews, J.M., Moulding, N.T., Wilson, I.G., Harley, H.A., ...& Holtmann, G. J.(2008). Psychological problems in

gastroenterology outpatients: a South Australian experience. Psychological co-morbidity in IBD, IBS and hepatitis C. *Clinical Practice in & Epidemiology in Mental Health*, 4, 15.

Ministerio de Educación, MEC (2017). *Proyecto Biosfera. Inmunología*. Recuperado de <http://recursos.cnice.mec.es/biosfera/alumno/2bachillerato/inmune/contenidos11.htm>

Mittermaier, C., Dejaco, C., Waldhoer, T., Oefflerbauer-Ernst, A., Miehsler, W., Beier, M., ...& Moser, G. (2004). Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 79-84.

Mizrahi, M.C., Reicher-Atir, R., Levy, S., Haramati, S., Wengrower, D., Israeli, E., & Goldin, E. (2012). Effects of guided imagery with relaxation training on anxiety and quality of life among patients with inflammatory bowel disease. *Psychology & Health*, 27(2), 1463-1479.

Mollet, F.T., Andersen, V., Wohlfahrt, J., & Jess, T. (2015). Familial risk of inflammatory bowel disease: a population-based cohort study 1977-2011. *The American Journal of Gastroenterology*, 110(4), 564-571. doi: 10.1038/ajg.2015.50

Muller, B. (2014). *Variations in Guided Imagery and Music*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Mussell, M., Bocker, U., Nagel, N., Olbrich, R., & Singer, M.V. (2003). Reducing psychosocial distress in patients with inflammatory bowel disease by cognitive-behavioural treatment: exploratory study of effectiveness. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 38(7), 755-62.

National Collaborating Centre for Mental Health (2009). Depression. *The treatment and management of depression in adults*. London: The British Psychological Society.

Nérici, I. (1990). *Metodología de la enseñanza (5ªEd.)*. México: Kapelusz.

Nordin, K., Pahlman, L., Larsson, K., Sundström-Hjelm, M., & Löf, L. (2002). Health-related quality of life and psychological distress in a population-based sample of Swedish patients with inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 37(4), 450-457.

Nos, P., y Clofent, J. (2011). Enfermedad de Crohn. En AEG Asociación Española de Gastroenterología (Ed.). *Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas* (3ª edición). Barcelona: Elsevier España S.L.  
Recuperado de [http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/noticias/manual\\_de\\_gastro.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/noticias/manual_de_gastro.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2016). *Preguntas frecuentes*. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Banco Mundial (2016, 13, abril). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Washington DC: Centro prensa OMS.  
Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

Orozco-Gómez, A. M., y Castiblanco-Orozco, L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217.

- Palacios, M.S. (2011). *Efecto del estrés térmico sobre la respuesta inmune en trabajadores expuestos a temperaturas abatidas*. Tesis de maestría. Instituto Politécnico Nacional, Escuela nacional de Medicina y Homeopatía. México D.F. Recuperado de <http://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/123456789/8867/1/TESIS%20FINAL%20PARA%20IMPRIMIR%2027%2011%20respaldo.pdf>
- Pickett, E. (1987). Fibroid tumors and response to Guided Imagery and Music: Two case studies. *Imagination, Cognition and Personality*, 7(2), 165-176.
- Pizzi, L.T., Weston, C.M., Goldfarb, N.I., Moretti, D., Cobb, N., Howell, J.B., ...& Cohen, S. (2006). Impact of chronic condition on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Disease*, 12(1), 47-52.
- Poch, S. (1999). *Compendio de Musicoterapia, Volumen I*. Barcelona: Ed. Herder.
- Poch, S. (2002). Introducción a la Musicoterapia. En ASPACE, FEISD y Confederación Autismo España (Eds.) *Musicoterapia 2002. Programa de Formación para mediadores en Musicoterapia y Discapacidad* (pp. 5-50). Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6823/musicoterapia.pdf>
- Priestley, M. (1994). *Essays on Analytican Music Therapy*. Phoenix Ville (USA): Barcelona Publishers.
- Pulopulos, M.M., Hidalgo, V., Almela, M., Puig-Pérez, S., Villada, C., & Salvador, A. (2014). Hair cortisol and cognitive performance in healthy older people. *Psychoneuroendocrinology*, 44, 100-111. doi: 10.1016/j.psyneuen.2014.03.002.

- Quera, R., y Palma, R. (2008). Enfermedades inflamatorias intestinales: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. Parte 1: Epidemiología, cuadro clínico y diagnóstico. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 19(4), 331-341.
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A., & Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 216-221.
- Real Academia de la Lengua Española. (Ed.). (2014). *Diccionario de la Lengua Española* (23ª ed.). Madrid: Autor
- Reyes, A. G., Garrido, A., Torres, L. E., y Ortega, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 20(1), 111-117.
- Rieffe, C., Meerum, M., & Bosch, J. (2004). Emotional awareness and somatic complaints in children. *European Journal of Developmental Psychology*, 1, 31-47.
- Ritchey-Vaux, D. (1993). GIM applied to the 50-minute hour. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 2, 29-34
- Romero, M. (2017). *Formación de técnico terapeuta no-verbal en el Modelo de Musicoterapia Benenzon*. Recuperado de <http://www.centrobenenzonmusicoterapia.com/>
- Rosenblat, J.D., Cha, D.S., Mansur, R.B., & McIntyre, R.S. (2014). Inflamed moods: A review of the interactions between inflammation and mood disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 53(4), 23-34.

- Ruud, E. (1990). *Los caminos de la musicoterapia. La musicoterapia y su relación con las teorías terapéuticas actuales*. Rosario (Argentina): Editorial Bonum.
- Saibeni, S., Cortinovis, I., Beretta, L., Tatarella, M., Ferraris, L., Rondonotti, E., ...& de Francis, R. (2005). Gender and disease activity influence health-related quality of life in inflammatory bowel diseases. *Hepato-Gastroenterology*, 52(62), 509-515.
- Santiago, R. (2015). *¿Modelo? ¿Enfoque? ¿Método? ¿Metodología? ¿Técnica? ¿Estrategia? ¿Recurso? ¿Cuándo debemos emplear cada uno de estos términos?* Online: The flipped Classroom. Recuperado de <http://bit.ly/1XXDogu>.
- Saro, C. (2013). ¿Cuál es la epidemiología de la colitis ulcerosa? En Chaparro, M. y Gómez, S. (coords.). *Todo sobre la colitis ulcerosa. Manual de ayuda para el paciente* (pp. 17-23). Recuperado de <http://geteccu.org/v1-content/up/2015/07/Epidemiolog%C3%ADa-CU.pdf>
- Sewitch, M., Abrahamowicz, M., Bitton, A., Daly, D., Wild, G., Cohen, A., ...& Dobkin, P.L. (2001). Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *American Journal of Gastroenterology*, 96(5), 1470-1479.
- Short, A., Gibb, H., Fildes, J., & Holmes, C. (2013). Exploring the role of music therapy in cardiac rehabilitation after cardiothoracic surgery: A qualitative study using the Bonny Method of Guided Imagery and Music. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28, E74–E81.
- Sicilia-Aladrén, B., Gasull, M.A., y Gomollón, F. (2007). Epidemiología de las enfermedades inflamatorias intestinales. Factores ambientales internos y

- externos en su patogenia. En Gassull, M.A., Gomollón, F., Obrador, A., eHinojosa, J. (eds). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* (3ª ed.) (pp. 29-50). Madrid: GETECCU-Arán Ediciones.
- Silverberg, M.S., Satsangi, J., Ahmad, T., Arnott, I.D., Bernstein, C.N., Brant, S.R., ...& Warren, B.F. (2005). Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 19(Suppl A), 5-36. doi:10.1155/2005/269076
- Simian, D., y Quera, R. (2016). Manejo integral de la enfermedad inflamatoria intestinal: más allá de una terapia farmacológica adecuada. *Revista médica de Chile*, 144(4), 488-495.
- Simón, V. (2011). Aprende a practicar Mindfulness. Barcelona: Sello Editorial. Recuperado de <http://avatar.org.es/wp-content/uploads/2014/10/Aprende-Mindfulness.pdf>
- Simren, M., Axelsson, J., Gillberg, R., Abrahamsson, H., Svedlund, J., & Bjornsson, E.S. (2002). Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. *American Journal of Gastroenterology*, 97(2), 389-396.
- Stein, M. (2004). *El mapa el alma según Jung*. Barcelona: Ed. Luciérnaga.
- Stevens, A., y Lowe, J. (2001). *Anatomía Patológica*. (2ª ed.). Madrid: Ediciones Harcourt S.A.
- Swaab, D.F., Bao, A.M., & Lucassen, P.J. (2005). The stress system in the human brain in depression and neurodegeneration. *Ageing Research Reviews*, 4(2), 141–194. doi: 10.1016/j.arr.2005.03.003

- Tejero, A., Guimerá, E. M., Farré, J. M., y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13(5), 233-238.
- Tobón, S., Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Sandín, B., y Nuñez-Rojas, A.C. (2007). Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2), 83-97.
- Torrejón, A., Castells, I., y Borrueal, N. (2010). *Todo lo que necesitas saber: Enfermedad de Crohn*. Barcelona: Grupo enfermero de trabajo en EII (GETEII). Recuperado de <http://www.ua-cc.org/es/descargas/category/4-enfermedad-de-crohn?download=1:ayudas-visuales-enfermedad-de-crohn>
- Torrejón, A., y Borrueal, N. (2010). *Todo lo que necesitas saber: colitis ulcerosa*. Barcelona: Grupo enfermero de trabajo en EII (GETEII). Recuperado de <http://www.ua-cc.org/phocadownloadpap/colitis-ulcerosa.pdf>.
- Torres, E. (2015a). *Effectiveness of GrpMI with fibromyalgia patients*. Doctoral dissertation. Aalborg University, Denmark. Recuperado de [http://vbn.aau.dk/files/225519272/Esperanza\\_Torres\\_Serna\\_E\\_pdf.pdf](http://vbn.aau.dk/files/225519272/Esperanza_Torres_Serna_E_pdf.pdf)
- Torres, E. (2015b). Group Music and Imagery (GrpMI) for treating fibromyalgia: Listening to oneself as a path of opening and transformation. In Grocke D., & Moe, T. (eds.). *Guided Imagery and Music (GIM) and music imagery methods for individual and group therapy* (pp. 267-275). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

- Universidad de Salamanca (USAL) (2017). *Diccionario Médico-biológico, histórico y etimológico (Dicciomed)*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca. Recuperado de <http://dicciomed.eusal.es/>
- Vidal, A., Gómez, E., Sans, M., Portella, M., Salamero, M., Piqué, J.,...& Panés, J. (2006). Life events and inflammatory bowel disease relapse: a prospective study of patients enrolled in remission. *The American Journal of Gastroenterology*, 101(4), 775-781. doi: 10.1111/j.1572-0241.2006.00476.x
- Vidal, A., Gómez-Gil, E., Sans, M., Portella, M.J., Salamero, M., Piqué, J.M., ...& Panés, J. (2009). The impact of anxiety and depression on relapse in patients with inflammatory bowel disease. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 132(8), 298-302
- Viena, T.D., Banks, J.B., Barbu, I.M., Schulman, A.H., & Tartar, J.L. (2012). Differential effects of mild chronic stress on cortisol and S-IgA responses to an acute stressor. *Biological Psychology*, 91(2), 307-311.
- Vinaccia, S., y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137
- Wagner, H. (2012). The use of music and mandala to explore the client/therapist relationship in a therapeutic day school. *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, 7, 1-32.
- Walker, J., Ediger, J., Graff, L., Greenfeld, J.M., Clara, I., Lix, L., ...& Bernstein, C.N. (2008). The Manitoba IBD cohort study: a population-based study of the prevalence of lifetime and 12-month anxiety and mood disorders. *American Journal of Gastroenterology*, 103(8), 1989-1997.

- Wigram, T., Pedersen, I. N., y Bonde, L. O. (2005). *Guía completa de musicoterapia: teoría, práctica clínica, investigación y formación*. Vitoria-Gasteiz: AgrupArte Producciones.
- WMA (2015). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
- Wosu, A.C., Gelaye, B., Valdimarsdóttir, U., Kirschbaum, C., Stalder, T., Shields, A.E., ... & Williams, M.A. (2015). Hair cortisol in relation to sociodemographic and lifestyle characteristics in a multiethnic US sample. *Annals of Epidemiology*, 25(2), 90-95.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 67(6), 361-370.

## **ANEXOS**



**Anexo 1. Resolución-aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital General Universitario de Valencia, sobre el proyecto Musicoterapia BMGIM en pacientes con EII.**



Consorcio Hospital General Universitario de Valencia  
Comisión de Investigación

**APROBACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Esta Comisión tras evaluar en su reunión de 16 de diciembre de 2015 el Proyecto de Investigación:

Título:	LA INFLUENCIA DEL MÉTODO DE MUSICOTERAPIA BMGIM EN LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA): ESTUDIO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO		
I.P.:	JOSÉ MARIA HUGUET	Servicio/Unidad	PATOLOGÍA DIGESTIVA

Acuerda respecto a esta documentación:

- Que cumple con los requisitos exigidos por esta Comisión para su realización, por tanto se decide su APROBACIÓN.

Los miembros que evaluaron esta documentación:

		Presente	Ausente	Disculpa
Presidente	Dr. Ricardo Guijarro Jorge	X		
	Dr. Julio Cortijo Gimeno	x		
	Dra. Goizane Marcaida Benito	x		
	Dr. Carlos Sánchez Juan	X		
	Dra. Concha Redondo		x	
Vocales	Dr. Emilio López Alcina		x	
	Dr. Alfonso Berrocal Jaime		x	
	Dr. Julio Álvarez Pitti	x		
	Dr. Miguel Armengot Carceller			x
	Dña. Ángela Garrido Bartolomé			x
	Dr. Miguel Sanfeliu Giner		x	
	Dra. Concha Riera	x		
	Dra. Amparo Esteban Rebol			x
Secretario	D. Carlos Gil Santiago	x		

Lo que comunico a efectos oportunos a miércoles, 25 de noviembre de 2015:	Fdo. Dr. Ricardo Guijarro Jorge Presidente de la Comisión de Investigación: 
---	--



**Anexo 2.** Resolución-aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital General Universitario de Valencia, sobre la Hoja de información al paciente y Consentimiento Informado del proyecto Musicoterapia BMGIM en pacientes con EII.



Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Comité Ético de Investigación Clínica

**APROBACIÓN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

**- ANEXO 11 -**

Este CEIC tras evaluar en su reunión de 25 de febrero de 2015 el Proyecto de Investigación:

<b>Título:</b>	LA INFLUENCIA DEL MÉTODO DE MUSICOTERAPIA BMGIM EN LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA): ESTUDIO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO		
<b>I.P.:</b>	José María Huguet Malaves	<b>Servicio/Unidad</b>	Patología Digestiva

Acuerda respecto a esta documentación:

Que la Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado presentado reúnen las condiciones exigidas por este CEIC, por tanto se decide su APROBACIÓN.

Los miembros que evaluaron esta documentación:

		Presente	Ausente	Disculpa
<b>Presidente</b>	Dr. Dña. Elena Rubio Gomis	x		
	D. Ernesto Bataller Alonso		x	
	D. Alejandro Moner González	x		
<b>Miembros Lego</b>	Dña. M <sup>a</sup> Teresa Jareño Roglan		x	
	Dña. Encarna Domingo Cebrián	X		
	D. Jaime Alapont Pérez	X		
	Dña. Carmen Sarmiento Cabañes	X		
	D. Antonio Ballasar Olivas Nevado		x	
	Dr. D. Enrique Ortega Gonzalez	x		
<b>Vocales</b>	Dr. D. Miguel Armengot Carceller	X		
	Dr. D. Julio Cortijo Gimeno			x
	Dr. D. Gustavo Juan Samper	x		
	Dra. Pilar Blasco Segura	x		
	Dra. M <sup>a</sup> José Safont Aguilera	x		
	Dra. Ana Blasco Cordellat			x

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Comité Ético de Investigación Clínica

	Presente	Ausente	Disculpa
Dr. Antonio Martorell Aragonés	x		
Dr. Aurelio Quesada Dorador	x		
Dr. Pedro Polo Martin	x		
Dr. Alberto Berenguer Jofresa	x		
Dra. Goitzane Marcaida Benito	x		
Dr. Javier Millara Payá	x		
Secretario Dr. Elias Ruiz Rojo	x		

En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente- Real Decreto 223/2004- para que la decisión del citado CEIC sea válida. El CEIC en su composición, como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95).

Lo que comunico a efectos oportunos:

Valencia a 03 de marzo de 2016

Fdo. Dra Elena Rubio Gomis (Presidente CEIC CHGV)

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

### Anexo 3. Hoja de información al paciente para estudio Musicoterapia BMGIM.



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

#### ***¿Qué es la Musicoterapia?***

Podemos definir la **Musicoterapia** como aquella terapia que emplea la música con el objetivo de beneficiar nuestra salud a través de mejoras en diferentes ámbitos personales tales como el físico, emocional, social o cognitivo. Esta terapia es llevada a cabo por un profesional en la materia, un musicoterapeuta titulado.

#### ***¿Qué tipo de sesiones son?***

Las sesiones de Musicoterapia serán en grupo reducido (4 a 8 personas). A partir de un estado de **relajación profunda**, se utilizará la **música grabada** (mayormente música culta-clásica) seleccionada por el terapeuta. Al escuchar la música en este estado de sosiego, se favorece que nuestro psiquismo genere imágenes y sensaciones que ayudan a la **exploración emocional interior**. Todo ello posibilita que se produzcan **cambios y transformaciones** en cada uno a través de este “viaje” interno, dentro de este proceso terapéutico que dura varias sesiones.

#### ***¿Con qué finalidad se realizan estas sesiones?***

Estas sesiones están fundamentalmente destinadas a disminuir el nivel de estrés crónico (variable que posiblemente influye en la enfermedad), así como para aumentar la calidad de vida de los pacientes del Hospital de Sagunto con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn).

La realización de estas sesiones formará parte de un estudio que constituirá la parte fundamental de la tesis doctoral del terapeuta.

Para este estudio, en algunas sesiones se tomarán muestras de cabello y saliva para determinaciones analíticas. Los pacientes que participen, además, rellenarán unos cuestionarios cuya realización no les llevará más de 15 minutos.

#### ***¿Cuándo se realizarán estas sesiones?***

**Primero**, el terapeuta realizará una **sesión informativa** para todos los pacientes interesados el jueves 27 de octubre de 2016 a las 9'00h, en el Hospital. En ella se explicarán los detalles sobre el funcionamiento de las sesiones, y se establecerán los grupos. Las sesiones se realizarán los lunes en estas fechas y horas:

1. Lunes 31 octubre 8'30h-11'15h, Sesión 1
2. Lunes 7 noviembre 9'00h-11'00h, Sesión 2
3. Lunes 14 noviembre 9'00h-11'00h, Sesión 3
4. Lunes 21 noviembre 9'00h-11'00h, Sesión 4
5. Lunes 28 noviembre 9'00h-11'00h, Sesión 5
6. Lunes 5 diciembre 9'00h-11'00h, Sesión 6
7. Lunes 12 diciembre 9'00h-11'00h, Sesión 7
8. Lunes 19 diciembre 9'00h-11'30h, Sesión 8

### ***¿Cómo será cada sesión?***

Cada sesión tendrá varias partes:

- **1ª fase. Pre-sesión o “preludio”**, en el que se focalizará el tema a tratar, tema relacionado con la enfermedad.
- **2ª fase. Inducción.** Los integrantes del grupo se tumbarán en superficie acolchada y cerrarán los ojos, y el terapeuta realizará una relajación guiada. Al finalizar la relajación, el musicoterapeuta pedirá a cada persona que recuerde el tema a trabajar antes de que comience la fase siguiente.
- **3ª fase: Experiencia con música grabada.** La duración de la audición musical podrá oscilar de 7 a 20 minutos. Los pacientes escucharán la música en silencio. Cuando termine la música, el musicoterapeuta regresará a los pacientes de nuevo al “aquí y ahora”.
- **4ª fase: Integración de la experiencia.** En silencio, los pacientes plasmarán lo más significativo de la experiencia en un folio, mediante un dibujo.
- **5ª fase: Post-sesión.** Cada paciente compartirá sus sensaciones con el grupo, y el musicoterapeuta le ayudará a buscar las relaciones y conexiones-asociaciones entre el tema tratado, lo dibujado y su momento vital actual; es decir, todo aquello que le pueda ayudar en su proceso terapéutico personal.

### **¿Quién realizará las sesiones?**

Un musicoterapeuta titulado, profesor universitario de la Universidad Católica de Valencia UCV, director del Máster en Musicoterapia de dicha institución, y doctorando en dicha disciplina. Cuenta con el apoyo de la dirección y del equipo médico de la Unidad de Patología Digestiva del Hospital General Universitario de Valencia, así como el apoyo de los directores de tesis, doctores y profesores de la UCV.

**LA REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO HA SIDO APROBADA POR EL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA (CEIC)**

**Anexo 4.** Consentimiento informado facilitado a pacientes para estudio Musicoterapia BMGIM

---

**LA INFLUENCIA DEL MÉTODO DE MUSICOTERAPIA BMGIM EN LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA): ESTUDIO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO**

**Investigador principal:** Dr. José María Huguet

1. Objetivo.

Este documento tiene por objeto pedirle su consentimiento para ser incluido en un estudio encaminado a analizar la influencia del método de musicoterapia en la reducción del estrés en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Usted tiene una enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa), que se caracteriza por producir una inflamación en el intestino de causa desconocida. Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal con frecuencia presentan síntomas relacionados con la ansiedad y el estrés.

En general, no se ha comprobado que la musicoterapia pueda reducir éste nivel de estrés en pacientes con EII, sin embargo sí lo ha demostrado en otras patologías orgánicas.

2. Descripción de los procedimientos.

Este estudio consta de dos partes y su médico le invitará a participar en ellas. En la primera parte del estudio, en caso de que usted nos otorgue autorización, algunos de los datos de su historia clínica y otros que usted nos facilite específicamente para este estudio, contestando a un cuestionario. Asimismo, registraremos algunos parámetros analíticos.

Además le solicitaremos unas muestras de cabello y saliva para realizar determinaciones de cortisol (una hormona relacionada con la ansiedad y el estrés).

El método BMGIM es uno de los métodos de Musicoterapia reconocidos a nivel mundial y que requiere de un terapeuta especializado. Es un método gestado en EEUU, y que utiliza la música grabada en un estado de relajación física y concentración mental inducido por el terapeuta, que facilita la exploración interior del paciente en forma de imágenes y emociones que son sugeridas con la música. Las sesiones son de 90 minutos de duración, siendo un total de 8 sesiones con una frecuencia de una sesión semanal.

Ninguna de estas evaluaciones comporta ningún riesgo para usted. Si usted acepta, los resultados de esa valoración serán incluidos en una base de datos para su análisis. Los datos serán transmitidos de forma anónima, bajo un código, de forma que sólo el médico que le atiende podrá saber que le pertenecen a usted en particular.

### 3. Beneficios.

Usted no recibirá por su participación en el estudio ninguna compensación económica. En el futuro, la información obtenida en este estudio puede permitir un mejor conocimiento del estrés de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y de los factores que influyen en dicho estado, lo que supondría un beneficio para los pacientes que padecen esta enfermedad.

### 4. Riesgos

La participación en este estudio no comporta para usted ningún riesgo.

### 5. Participación voluntaria.

Se entiende que su participación en el estudio es totalmente libre y voluntaria, y que puede retirarse del mismo en cualquier momento, sin que ello le suponga ningún perjuicio, y sin necesidad de dar ninguna explicación o justificación. En caso de retirada, el paciente seguirá recibiendo el mismo tipo de cuidados y de apoyo por parte del equipo médico durante su enfermedad. Usted puede negarse a participar en el mismo y tiene derecho a revocar su consentimiento. Ninguna de estas circunstancias va a influir sobre los cuidados médicos que usted reciba en el futuro. Del mismo modo, si usted retira el consentimiento o si se retira del estudio, los datos obtenidos hasta ese momento podrán ser utilizados en el estudio.

### 6. Confidencialidad.

Sus datos clínicos estarán a disposición de los investigadores y se incluirán (junto con los de los otros pacientes que participen) en las publicaciones que se deriven del estudio, pero siempre de forma anónima, garantizando la confidencialidad de sus datos personales, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Usted tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos, para ello puede ponerse en contacto con el investigador responsable del estudio, el Dr. José María Huguet en el Servicio de Patología Digestiva del Hospital General Universitario de Valencia, teléfono de contacto: 963131800 extensión 437247.

Una vez finalizada la investigación, las muestras serán destruidas siguiendo el procedimiento de destrucción de las muestras que se utiliza habitualmente en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Puede ejercer su derecho de acceso y rectificación de sus datos. También, si así lo desea, puede ser informado de los resultados del estudio.

El estudio se realizará asegurando el cumplimiento de normas éticas y legales vigentes (Declaración de Helsinki).

Sólo los médicos que le tratan y los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a los datos obtenidos, y su historial clínico podrá

ser revisado de forma anónima por miembros del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital o del Ministerio de Sanidad, como parte de las auditorias que en su momento pudieran plantearse. Los resultados del estudio serán publicados en revistas especializadas, sin identificar nunca a los pacientes que se han incluido en el estudio.

**LA INFLUENCIA DEL MÉTODO DE MUSICOTERAPIA BMGIM EN LA REDUCCIÓN DEL ESTRES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA): ESTUDIO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO**

**Consentimiento Informado**

Nombre del paciente:.....

Fecha de nacimiento:.....

Número de historia de paciente:.....

Por la presente declaro que me han sido explicados los objetivos, las características y el motivo del estudio, por el Dr.....

He podido preguntar, acerca del estudio, todas las dudas que he tenido. Además, se me ha proporcionado información por escrito y he tenido tiempo suficiente para tomar mi decisión.

Estoy de acuerdo en participar en el estudio y sé que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones, y sin que ello repercuta en mis cuidados médicos futuros.

Consiento que los investigadores del estudio tengan acceso a mis datos médicos, que serán absolutamente confidenciales. Estos datos podrán ser incluidos, de forma anónima, en las publicaciones que se deriven del estudio.

Acepto participar respondiendo las preguntas del cuestionario.

Acepto ceder mis datos para el estudio de musicoterapia.

El Investigador

El Paciente

.....  
(Firma)

.....  
(Firma)

.....  
(Lugar y Fecha)

.....  
(Lugar y Fecha)

## **Anexo 5.** Plantilla del Cuestionario reducido calidad de Vida en Enfermedad Inflamatoria Intestinal (CCVEII-9)



### **CUESTIONARIO REDUCIDO CCVEII-9**

Por favor, lea cuidadosamente lo que sigue a continuación:

En las páginas siguientes se encuentran varias preguntas sobre cómo se ha sentido usted durante las últimas dos semanas. Por favor, conteste las preguntas con la máxima sinceridad, no consulte las respuestas con nadie, conteste simplemente lo que usted crea que mejor se adapta a su situación. No deje ninguna pregunta sin contestar.

**1. ¿Con qué frecuencia ha ido de vientre durante las últimas semanas?**

1. Más frecuentemente que nunca.
2. Extremada frecuencia.
3. Con mucha frecuencia.
4. Moderado aumento de la frecuencia de defecación.
5. Lígero aumento de la frecuencia de defecación.
6. Aumento mínimo de la frecuencia de defecación.
7. Normal, sin ningún aumento de la frecuencia de defecación.

**2.- ¿Con qué frecuencia le ha causado problemas la sensación de fatiga o cansancio y agotamiento durante las últimas dos semanas?**

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Bastantes veces.
4. A veces.
5. Pocas veces.
6. Casi nunca.
7. Nunca.

**3.- ¿Cuánta energía ha tenido durante las últimas dos semanas?**

1. Ninguna energía.
2. Muy poca energía.
3. Poca energía.
4. Cierta energía.
5. Bastante energía.
6. Mucha energía.
7. Rebosante de energía.

**4.- ¿Con qué frecuencia ha tenido que aplazar o anular una cita o compromiso social a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?**

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Bastantes veces.
4. A veces.
5. Pocas veces.
6. Casi nunca.
7. Nunca.

**5.- ¿Con qué frecuencia ha tenido retortijones durante las dos últimas semanas?**

1. Siempre.
2. Casi nunca.
3. Bastantes veces.
4. A veces.
5. Pocas veces.
6. Casi nunca.
7. Nunca

**6.- ¿Con qué frecuencia ha tenido malestar general durante las últimas dos semanas?**

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Bastantes veces.
4. A veces.
5. Pocas veces.
6. Casi nunca.
7. Nunca.

**7.- ¿Con qué frecuencia ha tenido nauseas o ganas de vomitar durante las últimas dos semanas?**

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Bastantes veces.
4. A veces.
5. Pocas veces.
6. Casi nunca.
7. Nunca.

**8.- En general, hasta qué punto ha sido un problema tener gases durante las últimas dos semanas?**

1. Un gran problema.
2. Un problema importante.
3. Bastante problemático.
4. Algo problemático.
5. Muy poco problemático.
6. Casi ningún problema.
7. Ningún problema.

**9.- ¿Hasta qué punto ha estado satisfecho, contento o feliz con su vida personal durante las últimas dos semanas?**

1. Muy insatisfecho, infeliz.
2. Bastante insatisfecho, infeliz.
3. Algo insatisfecho, descontento.
4. Algo satisfecho, contento.
5. Bastante satisfecho, contento.
6. Muy satisfecho, feliz.
7. Extremadamente satisfecho, no podría ser más feliz.

**Anexo 6.** Plantilla de la versión española validada del Cuestionario de Estados de Ánimo (MOOD)

1.- A continuación se presentan una serie de frases para saber cómo se ha sentido en las últimas 4 semanas. Elija la respuesta que mejor describa como se ha sentido en las últimas 4 semanas.

1. Con que frecuencia te has sentido <b>Asustado</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
2. Con que frecuencia te has sentido <b>Feliz</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
3. Con que frecuencia te has sentido <b>Contento</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
4. Con que frecuencia te has sentido <b>Enfadado</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
5. Con que frecuencia te has sentido <b>Triste</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
6. Con que frecuencia te has sentido <b>Satisfecho</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
7. Con que frecuencia te has sentido <b>Malhumorado</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
8. Con que frecuencia te has sentido <b>Desgraciado</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
9. Con que frecuencia te has sentido <b>Animado</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
10. Con que frecuencia te has sentido <b>Furioso</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
11. Con que frecuencia te has sentido <b>Infeliz</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
12. Con que frecuencia te has sentido <b>Aterrorizado</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
13. Con que frecuencia te has sentido <b>Agradecido</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
14. Con que frecuencia te has sentido <b>Cabreado</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
15. Con que frecuencia te has sentido <b>Nervioso</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
16. Con que frecuencia te has sentido <b>Deprimido</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
17. Con que frecuencia te has sentido <b>Miedo</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
18. Con que frecuencia te has sentido <b>Alegre</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
19. Con que frecuencia te has sentido <b>Ansioso</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo
20. Con que frecuencia te has sentido <b>Tranquilo</b> en las últimas 4 semanas.	Nunca	A veces	A menudo



## **Anexo 7.** Plantilla de la versión española validada de la *Anxiety and Depression Scale* (HADS) o Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

2.- Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

### **A1. Te sientes tenso/a o nervioso/**

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

### **D1. Sigue disfrutando de las cosas como siempre**

0. Ciertamente, igual que antes.
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

### **A2. Sientes una especie de temor como si algo malo fuera a suceder.**

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

### **D2. Es capaz de reírse y ver el lado gracioso de las cosas.**

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

### **A3. Tienes la cabeza llena de preocupaciones.**

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

### **D3. Te sientes alegre.**

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

### **A4. Eres capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a.**

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

### **D4. Te sientes lento/a y torpe:**

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

### **A5. Experimentas una desagradable sensación de “nervios y hormigueo” en el estómago**

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

**D5. Has perdido el interés por mi aspecto personal.**

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuide como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho.

**A6. Te sientes inquieto/a como si no pudieras para de moverme:**

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto.

**D6. Esperas las cosas con ilusión.**

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

**A7. Experimentas de repente sensación de gran angustia o temor.**

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia.
1. Raramente
0. Nunca

**D7. Eres capaz de disfrutar con un buen programa de radio o televisión.**

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

**COMENTARIOS.**