



VNIVERSITAT
E VALÈNCIA

(Ψ) Facultat de
Psicología y Logopedia

**EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA
COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO A LA
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA
RECUPERACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTRAS
PSICOSIS**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE
LA SALUD**

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR:

D. OSCAR PÉREZ-AGUADO

DIRIGIDA POR:

Dra. INMACULADA FUENTES DURÁ

Dra. CARMEN DASÍ VIVÓ

Dr. JUAN CARLOS RUIZ RUIZ

Octubre de 2022

Dña. **INMACULADA FUENTES DURÀ**, profesora del Dpto. de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos de la Universitat de València

Dña. **CARMEN DASÍ VIVÓ**, profesora del Dpto. de metodología de las ciencias del comportamiento

D. **JUAN CARLOS RUIZ RUIZ**, profesor del Dpto. de metodología de las ciencias del comportamiento

CERTIFICAN:

Que la presente memoria, titulada “EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO A LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA RECUPERACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS”, corresponde al trabajo realizado bajo su dirección por D. ÓSCAR PEREZ AGUADO, para su presentación como Tesis Doctoral en el Programa de Doctorado en Psicología clínica y de la salud de la Universitat de València.

Y para que conste firma/n el presente certificado en Valencia, a 18 de octubre de 2022.

MARIA
INMACULAD
A|FUENTES|
DURA
Fdo.

Firmado digitalmente
por MARIA
INMACULADA|
FUENTES|DURA
Fecha: 2022.10.18
21:52:40 +02'00'

CARMEN|
DASI|VIVO

Firmado
digitalmente por
CARMEN|DASI|VIVO
Fecha: 2022.10.19
10:03:31 +02'00'

JUAN
CARLOS|
RUIZ|RUIZ

Firmado
digitalmente por
JUAN CARLOS|RUIZ|
RUIZ
Fecha: 2022.10.19
10:15:03 +02'00'

*“En verdad, si no fuera por la música habría
más razones para volverse loco”*

P.I. Tchaikovski

Iaia Carmen, per tu i per a tu

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis es fruto de la vocación, la convicción, la dedicación y el esfuerzo orientado a mostrar evidencias que justificaran la incorporación de la musicoterapia en una oferta de servicio público. A mediados del 2017 se ofrecieron las primeras sesiones en el CREAP, germen del presente proyecto. Desde entonces muchas personas me han acompañado en un camino arduo de aprendizaje y esfuerzo desinteresado, y otras muchas que sin colaborar directamente en este proyecto, de alguna forma o de otra me han posibilitado llegar hasta aquí. A todas ellas les querría mostrar mi más sincero agradecimiento.

Especialmente a la Dra. Inmaculada Fuentes, por ser para mi referente y guía en diferentes momentos de mi desarrollo formativo y profesional. Profundamente agradecido por la confianza, el apoyo, ánimo y dedicación en este proyecto. Gracias Inma, sin ti, esto no hubiera sido posible.

Al Dr. Juan Carlos Ruiz y la Dra. Carmen Dasí por su inestimable ayuda a nivel metodológico, por su diligencia, disponibilidad, consejo y apoyo.

A la Dra. M^a Luisa García Merita, responsable de canalizar mi rebeldía y de despertar mi interés por la rehabilitación psicosocial. A la Dra. M^a José Baguena y la Dra. Ángela Beleña que acompañaron, apoyaron y fueron estímulo en el primer proyecto de investigación.

A Marina Romero, por mostrarme y orientar el camino de la formación en musicoterapia y a David Quesada por animarme y acompañarme en el devenir de la formación y la práctica. A los y las profesores/as y compañeros/as de promoción del master de musicoterapia, especialmente Al Dr. Alex March, José Ramos y Antonio Mompean, que siguen formando parte importante de mi vida, gracias amigos.

Al Dr. Rolando Omar Benenzon, gracias por la ética profesor, acompañando, nutriendo, desarrollando. Gracias a cada uno de los/las terapeutas, supervisores,

compañeros/as y alumnos/as, del Modelo. Gracias al Dr. Mariano Betés, por acogerme en mi proceso personal, tu ayuda fue imprescindible en un momento clave. Gracias Sera, por el amor, compañera de mi vida, y sufridora principal de esta tesis, a ti te la debo, gracias por seguir sonando y sanando juntos.

Gracias al Instituto de Mayores y Servicios Sociales por apostar por la investigación y la innovación a través del CREAP y gracias a las entidades que han gestionado el centro por hacerlo posible durante este periodo; Fundación Rey Ardid y Eulen Servicios Sociosanitarios S.A.

A las personas que han estado en la dirección del CREAP por apoyar el proyecto y facilitarlos: Marta Durán, por la confianza y por alentarme a tener paciencia para esperar “las flores”; Yago Cebolla, por su diligencia y pragmatismo; Juan Lázaro, por favorecer la continuidad y seguir apostando por nuevos proyectos. Gracias a los coordinadores de Gestión del conocimiento del CREAP, Dr. Sergio Lacamara y Dr. Pau Soldevila; gracias por ser parte activa del proyecto, por compartir conocimientos, experiencia, alientos y desalientos.

Gracias a todas y todos los compañeros/as del CREAP, a los que se fueron y a los que permanecen, a los que colaboraron y a los que no pudieron hacerlo como les hubiera gustado; Kike, eres parte fundamental de esto.

A los profesionales externos que colaboraron en el pase de pruebas, Marisa, Sagrario, Álvaro, Nerea, Ana, Cristina y Víctor.

A la Universidad de Valencia por las ayudas económicas concedidas al proyecto, AE-19-1199985 y la aprobación por parte del comité ético UV-INV-ETICA_1666574.

Gracias a mis hijos, Arnau y Amanda, a mi familia, amigas y amigos, por la espera, el amor incondicional y la comprensión en el tiempo que nos faltó.

Y gracias sobre todo a las personas usuarias del CREAP, las que por una u otra razón no pudieron participar, las que desinteresadamente contribuyeron siendo grupo control y las que participaron abriéndose a la experiencia depositando toda su confianza en mí. En definitiva, gracias a todas las personas que con mayor o menor sufrimiento psíquico se han vinculado conmigo en una relación de conocimiento, respeto y crecimiento mutuo. Gracias a todas y cada una de ellas, son la causa, motivación y fin principal de este trabajo.

RESUMEN

Esta tesis doctoral tiene como objeto de estudio evaluar la eficacia de un programa de musicoterapia grupal en personas diagnosticadas de esquizofrenia y otras psicosis que se aplica de manera complementaria al tratamiento usual en este grupo de personas para promover su recuperación. La esquizofrenia es el trastorno psicótico con mayor prevalencia y el más grave en términos de consecuencias para la persona que lo padece y su entorno. El tratamiento de los síntomas, la rehabilitación de los déficits cognitivos, la mejora del funcionamiento social y la calidad de vida en la esquizofrenia y otras psicosis se abordan mediante una estrategia integral que combina la psicofarmacología con las intervenciones psicosociales. Sin embargo, a pesar de la eficacia de estas intervenciones, ésta no es igual en todos los pacientes, y un gran porcentaje no logra la recuperación funcional.

En este sentido, la musicoterapia es una de las intervenciones no farmacológicas que se están utilizando con éxito como terapia complementaria en el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. Los beneficios de las terapias creativas como tratamiento complementario, entre las que se encuentra la musicoterapia, están despertando un creciente interés científico que se acompaña en los últimos años de una mayor utilización en el tratamiento de la psicosis.

Los meta-análisis más recientes sobre musicoterapia en psicosis, si bien dan cuenta de estos beneficios, alertan de aspectos que reducen la calidad de la evidencia, como por ejemplo, la heterogeneidad de las muestras, la calidad de la intervención y heterogeneidad de la misma.

Siguiendo esta línea, y en base a los estudios que muestran los beneficios de la musicoterapia en este ámbito, se diseñó un programa de musicoterapia grupal y se aplicó a personas diagnosticadas de esquizofrenia y otras psicosis en un contexto de atención

ambulatoria con el objetivo de estudiar el impacto sobre sintomatología, ansiedad, depresión, autoestima, cognición social, estigma internalizado, y funcionamiento social.

Para este propósito se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado con simple ciego que incluyó a 60 pacientes clínicamente estables diagnosticados de esquizofrenia y otras psicosis que acudían regularmente al Centro de Referencia Nacional de Atención Psicosocial a Personas con Enfermedad Mental Grave (CREAP) de Valencia (España). Se establecieron dos grupos a los que fueron asignados los participantes de manera aleatoria, en uno se administró el tratamiento habitual y en el otro se administró el tratamiento habitual combinado con el programa de musicoterapia. Todos los participantes fueron evaluados dos veces, antes y después del tratamiento.

Se recogieron las variables sociodemográficas de los participantes y se evaluaron una serie de variables con los instrumentos que se detallan a continuación. Para evaluación de la sintomatología se administraron las siguientes pruebas: PANSS, STAI y CDSS. Para evaluar aspectos del *self* se aplicó la escala de autoestima de Rosenberg. Los dominios de la cognición social considerados fueron el procesamiento emocional y la teoría de la mente, para su análisis se utilizaron las pruebas FEIT, FEDT y Hinting Task, respectivamente. De cara a conocer la situación del autoestigma se aplicó la escala de estigma internalizado de la enfermedad mental (ISMI). Finalmente se aplicaron pruebas para evaluar el impacto de la intervención en funcionamiento social (FSF) y calidad de vida (WHOQOL-BREF).

El desarrollo del estudio en todas sus fases se llevó a cabo según los principios de la Declaración de Helsinki. Se aplicaron 22 sesiones de musicoterapia grupal con una frecuencia semanal a los participantes del grupo experimental, que también recibieron el tratamiento habitual (farmacológico y psicosocial). El grupo control solo recibió el tratamiento habitual que se desarrolla en el CREAP.

El estudio desarrollado mostró que la aplicación de un programa de musicoterapia grupal como terapia complementaria al tratamiento habitual, produjo una mejora estadísticamente significativa en estigma internalizado, funcionamiento social y calidad de vida. Los resultados no mostraron efectos significativos tras la aplicación del programa en sintomatología, niveles de ansiedad, síntomas depresivos, autoestima y cognición social.

Los resultados obtenidos apoyan los beneficios de incorporar un programa de musicoterapia como terapia complementaria al tratamiento habitual dentro de las actuaciones, programas y servicios de carácter psicosocial y de recuperación por las mejoras obtenidas en autoestigma, funcionamiento social y calidad de vida.

Palabras clave: Musicoterapia, esquizofrenia, psicosis, terapia complementaria, rehabilitación psicosocial, recuperación.

ABSTRACT

The purpose of this doctoral thesis is to evaluate the efficacy of a group music therapy programme for people diagnosed with schizophrenia and other psychoses that is applied as a complement to the usual treatment in this group of people to promote their recovery. Schizophrenia is the most prevalent psychotic disorder and the most serious in terms of consequences for the sufferer and his or her environment. Treatment of symptoms, rehabilitation of cognitive deficits, improvement of social functioning and quality of life in schizophrenia and other psychoses are addressed by a comprehensive strategy combining psychopharmacology with psychosocial interventions. However, despite the efficacy of these interventions, this is not equal in all patients, and a large percentage do not achieve functional recovery.

In this sense, music therapy is one of the non-pharmacological interventions that are being used successfully as a complementary therapy in the treatment of psychosis and schizophrenia. The benefits of creative therapies as a complementary treatment, including music therapy, are arousing growing scientific interest, which in recent years has been accompanied by increased use in the treatment of psychosis.

The most recent meta-analyses on music therapy in psychosis, although they report these benefits, warn of aspects that reduce the quality of the evidence, such as, for example, the heterogeneity of the samples, the quality of the intervention and its heterogeneity.

Following this line, and based on studies showing the benefits of music therapy in this area, a group music therapy programme was designed and applied to people diagnosed with schizophrenia and other psychoses in an outpatient setting with the aim of studying the impact

on symptomatology, anxiety, depression, self-esteem, social cognition, internalized stigma, and social functioning.

For this purpose, a single-blind randomized controlled trial was conducted involving 60 clinically stable patients diagnosed with schizophrenia and other psychoses who regularly attended the Centro de Referencia Nacional de Atención Psicosocial a Personas con Enfermedad Mental Grave (CREAP) in Valencia (Spain). Two groups were established to which the participants were randomly assigned; in one group the usual treatment was administered and in the other group the usual treatment combined with the music therapy programme was administered. All participants were evaluated twice, before and after treatment.

The sociodemographic variables of the participants were collected and a series of variables were evaluated with the instruments detailed below. The following tests were administered to assess symptomatology: PANSS, STAI and CDSS. To evaluate aspects of the self, the Rosenberg self-esteem scale was applied. The domains of social cognition considered were emotional processing and theory of mind, and the FEIT, FEDT and Hinting Task tests were used for their analysis, respectively. The Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) was used to assess self-stigma. Finally, tests were applied to evaluate the impact of the intervention on social functioning (FSF) and quality of life (WHOQOL-BREF).

The development of the study in all its phases was carried out according to the principles of the Declaration of Helsinki. Twenty-two sessions of group music therapy were applied weekly to the participants of the experimental group, who also received the usual treatment (pharmacological and psychosocial). The control group only received the usual treatment developed at CREAP.

The study showed that the application of a group music therapy programme as a complementary therapy to the usual treatment produced a statistically significant reduction of internalized stigma and an improvement of social functioning and quality of life. The results showed no significant effects after the application of the programme on symptomatology, anxiety levels, depressive symptoms, self-esteem and social cognition.

The improvements achieved in self-stigma, social functioning, and quality of life support the benefits of incorporating a music therapy programme as a complementary therapy in standard treatment within psychosocial programmes and services in schizophrenic outpatients.

Key words: Music Therapy, Schizophrenia, Psychosis, Adjunct Therapy, Psychosocial Rehabilitation, Recovery.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CONTEXTO PERSONAL | 1 |
| DESARROLLO DE CONTENIDOS | 8 |
| PARTE I: MARCO TEÓRICO..... | 11 |
| 1. LAS PSICOSIS | 13 |
| 1.1. PERSPECTIVA HISTORICA | 13 |
| 1.1.1. Del animismo al periodo clásico..... | 13 |
| 1.1.2. Oscurantismo, renacimiento y “ <i>gran encierro</i> ” | 20 |
| 1.1.3. Ilustración, primeras reformas y nacimiento de la psiquiatría..... | 30 |
| 1.1.4. Siglo xx: cien años de luces y sombras | 36 |
| 1.2. CONCEPTUALIZACIÓN | 47 |
| 1.2.1. Criterios diagnósticos | 52 |
| 1.2.1.1. Esquizofrenia | 52 |
| 1.2.1.2. Trastorno Esquizoafectivo | 54 |
| 1.3. ASPECTOS ETIOLOGICOS Y EPIDEMIOLOGICOS | 54 |
| 1.4. TRATAMIENTO | 59 |
| 2. DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL AL MODELO DE RECUPERACIÓN | 63 |
| 3. LA MUSICOTERAPIA | 77 |

| | |
|--|-----|
| 3.1. PERSPECTIVA HISTORICA | 77 |
| 3.1.1. Prehistoria y edad antigua..... | 77 |
| 3.1.2. Edad Media..... | 78 |
| 3.1.3. Del renacimiento a la ilustración | 79 |
| 3.1.4. Hacia el nacimiento de la disciplina | 82 |
| 3.2. CONCEPTUALIZACIÓN | 84 |
| 3.2.1. Definición | 84 |
| 3.2.2. Aspectos Comunes..... | 87 |
| 3.3. FUNDAMENTOS TEORICOS | 88 |
| 3.4. METODOLOGIA EN MUSICOTERAPIA..... | 97 |
| 3.4.1. Técnicas musicoterapeúticas | 99 |
| 3.4.1.1. Técnicas activas | 99 |
| 3.4.1.2. Técnicas receptorias | 100 |
| 3.4.2. Orientaciones metodológicas..... | 101 |
| 3.4.2.1. Método psicoanalítico en musicoterapia..... | 101 |
| 3.4.2.2. Método conductista en musicoterapia..... | 102 |
| 3.4.2.3. Método de musicoterapia creativa Nordoff-Robbins..... | 103 |
| 3.4.2.4. Método de imaginación guiada con música (BMGIM) | 104 |
| 3.4.2.5. Modelo Benenzon | 105 |
| 4. MUSICOTERAPIA EN LA ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS | 109 |
| 4.1. INTRODUCCIÓN..... | 109 |

| | |
|---|-----|
| 4.2. RELACIONES DE LA MUSICOTERAPIA CON LA CLÍNICA Y LA NEUROCIENCIA..... | 111 |
| 4.2.1. La música como estímulo en las psicosis; primeros estudios..... | 111 |
| 4.2.2. Musicoterapia psicodinámica; trauma apego y disociación | 113 |
| 4.2.3. Beneficios de la musicoterapia en el estado de ánimo y la ansiedad..... | 118 |
| 4.2.4. Musicoterapia, síntomas silenciosos y recuperación | 120 |
| 4.2.5. Musicoterapia, cognición y funcionamiento social | 123 |
| 4.2.6. Musicoterapia y estrés | 126 |
| 4.3. LA MUSICOTERAPIA EN PSICOSIS LLEVADA A ENSAYO: VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN Y RESULTADOS | 127 |
| 4.3.1. Aspectos epistemológicos..... | 127 |
| 4.3.2. Auge de la Investigación Cuantitativa; requisitos metodológicos..... | 127 |
| 4.3.3. Resultados en Pacientes Hospitalizados | 130 |
| 4.3.4. Variables de la Intervención | 130 |
| 4.3.4.1. Relación dosis-efecto | 131 |
| 4.3.4.2. Calidad de la Intervención | 132 |
| 4.3.4.3. Procedimiento Musicoterapeutico | 132 |
| 4.3.5. Resultados en pacientes ambulatorios | 132 |
| 4.3.6. Resultados de Meta-análisis | 133 |
| 4.3.7. Síntesis de evidencias | 135 |
| PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO | 137 |

| | |
|---|-----|
| 5. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO | 139 |
| 5.1. JUSTIFICACIÓN..... | 139 |
| 5.2. OBJETIVOS..... | 142 |
| 5.3. HIPÓTESIS | 143 |
| 6. MÉTODO..... | 145 |
| 6.1. DISEÑO | 145 |
| 6.2. PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA..... | 145 |
| 6.2.1. Bases teórico-prácticas | 145 |
| 6.2.2. Principios Terapéuticos: Musicoterapia centrada en los recursos | 147 |
| 6.2.3. Diseño del programa..... | 149 |
| 6.2.3.1. Frecuencia, duración y calidad de la Intervención..... | 149 |
| 6.2.3.2. Valoración Inicial..... | 150 |
| 6.2.3.3. Estructura y protocolos | 151 |
| 6.2.3.4. Fases del proceso | 152 |
| 6.2.3.5. Descripción de las sesiones..... | 156 |
| 6.3. PARTICIPANTES | 167 |
| 6.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN..... | 169 |
| 6.4.1. Variables sociodemográficas | 169 |
| 6.4.2. Variables clínicas..... | 169 |
| 6.4.2.1. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987; Peralta & Cuesta, 1994)..... | 169 |

| | |
|--|-----|
| 6.4.2.2. State/Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberg et al., 1970)..... | 170 |
| 6.4.2.3. Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) (Addington et al., 1990) | 171 |
| 6.4.3. Autoestima..... | 173 |
| 6.4.4. Cognición social | 173 |
| 6.4.4.1. Facial Emotion Identification Test (FEIT) (Kerr & Neale, 1993) | 173 |
| 6.4.4.2. Facial Emotion Discrimination Test (FEDT) (Kerr & Neale, 1993) | 174 |
| 6.4.4.3. Hinting Task (Corcoran et al., 1995) | 174 |
| 6.4.5. Estigma internalizado | 175 |
| 6.4.6. Funcionamiento social | 176 |
| 6.4.7. Calidad de vida | 176 |
| 6.5. PROCEDIMIENTO | 177 |
| 6.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS | 180 |
| 6.7. ASPECTOS ÉTICOS | 181 |
| 7. RESULTADOS..... | 183 |
| PARTE III: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 187 |
| 8. DISCUSIÓN | 189 |
| 8.1. OBJETIVO ESPECÍFICO 1: HIPÓTESIS 1 | 190 |
| 8.2. OBJETIVO ESPECÍFICO 2: HIPÓTESIS 2 | 191 |
| 8.3. OBJETIVO ESPECÍFICO 3: HIPÓTESIS 3 | 191 |
| 8.4. OBJETIVO ESPECÍFICO 4: HIPÓTESIS 4 | 192 |

| | |
|---|-----|
| 8.5. OBJETIVO ESPECÍFICO 5: HIPÓTESIS 5 | 193 |
| 8.6. OBJETIVO ESPECÍFICO 6: HIPÓTESIS 6 | 194 |
| 8.7. OBJETIVO ESPECÍFICO 7: HIPÓTESIS 7 | 195 |
| 8.8. OBJETIVO ESPECÍFICO 8: HIPÓTESIS 8 | 197 |
| 8.9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO..... | 198 |
| 8.10. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN | 199 |
| 9. CONCLUSIONES | 201 |
| 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 205 |
| ANEXOS..... | 265 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--------------|-----|
| Tabla 1..... | 157 |
| Tabla 2..... | 183 |
| Tabla 3..... | 184 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1. Imagen del espacio y disposición de materiales al inicio de la sesión | 151 |
| Figura 2. Fases del proceso terapéutico | 152 |
| Figura 3. Diagrama de flujo del progreso de los participantes a través de las fases del ensayo | 178 |
| Figura 4. Diagrama de líneas que muestra las diferencias pre-post en ambos grupos en autoestigma..... | 195 |
| Figura 5. Diagrama de líneas que muestra las diferencias pre-post en ambos grupos en funcionamiento social..... | 196 |
| Figura 6. Diagrama de líneas que muestra las diferencias pre-post en ambos grupos en calidad de vida | 197 |

LISTA DE ABREVIATURAS

a.c.: Antes de Cristo

ADN: Ácido desoxirribonucleico

APA: *American Psychiatric Association* (Asociación americana de psiquiatría)

ARN: Ácido ribonucleico

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

BOE: Boletín Oficial del Estado

BPRS: *Brief Psychiatry Rating Scale* (Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica)

CEEMC: Centro Específico de Enfermos Mentales Crónicos

CDSS: *Calgary Depression Scale for Schizophrenia* (Escala Calgary de depresión para la esquizofrenia)

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CREAP: Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial (desarrollo)

CRIS: Centro de Rehabilitación e Inserción Social

DSM: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales)

DT: Desviación Típica

DOGV: Diario Oficial de la Generalitat Valenciana

ECA: Estudio Controlado Aleatorizado

EE.UU.: Estados Unidos de América

FEAMT: Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia

FEDT: *Facial Emotion Discrimination Test* (Test de discriminación facial de emociones)

FEIT: *Facial Emotion Identification Test* (Test de identificación facial de emociones)

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

HE: Hipótesis específica

HP: Hipótesis principal

HPA: *Hypothalamic Pituitary Adrenal* (hipotalámico-pituitario adrenal)

I+D: Investigación y Desarrollo

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

ISMI: *Internalized stigma of mental Illness Scale* (Escala de estigma internalizado de la enfermedad mental)

ISO: Identidad Sonora

ISO: Principio de

LSD: *Lysergic acid diethylamide* (Dietilamida de ácido lisérgico)

MIR: *Music Interaccion Rating* (Valoración de Interacción musical)

M: Media

MT: Musicoterapia

MTC: Musicoterapia Conductual

MBGIM:

MOA: Musicoterapia Orientada Analíticamente

NMT: *Neurologic Music Therapy* (Musicoterapia Neurológica)

NAMT: *National Association for Music Therapy* (Asociación Nacional para la Musicoterapia)

NICE: *National Institute for health and Care Excellence*

OE: Objetivo específico

OECD: *Organisation for Economic Co-operation and Development* (Organismo de Cooperación Económica y D

OMS: Organización Mundial de la Salud

OP: Objetivo principal

p.: página

PANSS: *Positive and Negative Syndrome Scale* (Escala de síndrome negativo y positivo)

PBE: Prácticas Basadas en la Evidencia

párr.: párrafo

PFTM: Plan de Función Terapéutica de la Música

PIB: Producto Interior Bruto

pp.: páginas

RAE: Real Academia de la Lengua Española

RC: Recuperación Clínica

RF: Recuperación Funcional

RPS: Rehabilitación psicosocial

RS: Recuperación subjetiva

S.A.: Sociedad Anónima

SANS: Scale for Assessment of Negative Symptoms (Escala para la Evaluación de Sintomas Negativos)

SAMHSA: *Substance Abuse and Mental Health Services Agency* (Agencia de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias)

SFS: *Social Functioning Scale* (Escala de Funcionamiento Social)

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

STAI: *State/Trait Anxiety Inventory* (Inventario de ansiedad estado-rasgo)

t: Prueba t para muestras independientes

TAU: *Treatment As Usual* (Tratamiento habitual)

TEPT: Trastorno por estrés postraumático

TMG: Trastorno Mental Grave

ToM: Teoría de la mente

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

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

WHOQOL: *World Health Organization Quality of Life* (Calidad de vida de la organización mundial de la salud)

U: Prueba Mann-Whitney

UK: *United Kingdom* (Reino Unido)

χ^2 : Prueba Chi-cuadrado

INTRODUCCIÓN

CONTEXTO PERSONAL

Me gustaría comenzar este trabajo describiendo mi experiencia personal. Una más, de entre tantas, ejemplo de silencio y vergüenza como consecuencia del estigma social. No resulta fácil, la toma de conciencia del impacto vital y sus periferias siendo testigo directo. No obstante, no se me ocurre mejor manera de introducir al lector en el ámbito sobre el que versa este estudio. Tener una “*loca*” en la familia, en los años 80 o en la actualidad, seguramente difiera en múltiples aspectos clínicos, psiquiátricos, de cuidados, atención y recursos asistenciales, sin embargo, la vivencia de lo que supone en términos sociales y de relación con la comunidad para los familiares, tal vez no sea tan diferente. Habría que preguntarse si en estos aspectos hemos avanzado lo suficiente como para poder integrar, reconocer, aceptar y convivir con esta realidad sin ser afectados por las mencionadas consecuencias. De hecho, muy pocas personas de mi entorno actual conocen esta experiencia, este secreto ¿Qué pensarán mis colegas? ¿Afectará este dato al juicio o imagen que tienen sobre mí?. No sería coherente, volver a obviar una vivencia que pienso que ha influido en mi desarrollo personal, relacional y profesional cuando me permito en estas líneas volver la vista atrás.

Carmen, mi abuela paterna fallecía en el verano de 1995, en octubre iniciaría mis estudios de Psicología. En las últimas visitas, apenas ya me reconocía, ni comía prácticamente, mal síntoma, puesto que recuerdo la avidez con la que disfrutaba de la merienda que acostumbraba a ofrecerle mi madre en las visitas. Hacia algunos años que había sido desplazada a una planta residencial en el Hospital de Alcira¹ por el cierre del Hospital de

¹ El Hospital de Santa Lucia fue un histórico centro hospitalario fundado en el siglo XIV. Fue adquirido Fue adquirido en 1994 por la Generalidad Valenciana y clausurado en 1997. Mantuvo su actividad asistencial durante setecientos años (Lera & Lera, 2009).

Jesús². No sabría decir la edad que tenía cuando visité por primera vez el Manicomio, que así se llamaba. La suficiente para tener recuerdos vívidos de la primera experiencia, y no demasiada porque visualizo la imagen de ir de la mano de mi madre. Llegábamos de Picassent en el “*trenet*”, recuerdo el olor a madera de los asientos del vagón, el olor a pescado al salir de la estación cruzando el mercado de Jesús, las casetas verdes, ya cerradas y el suelo mojado tras la limpieza. Tal vez no fue la primera vez que cruzaba por la enorme puerta de forja que aseguraba el primer paso al recinto. Es muy probable también que en mis recuerdos se mezclen vivencias de visitas posteriores, pero lo cierto es que conservo imágenes y sensaciones nítidas, que justifican el impacto de la experiencia. Un patio enorme, un pasillo, entre palmeras y otra puerta..., tal vez otra, y otra más...hasta llegar finalmente a la recepción. Recuerdo el patio de recreo, los asientos de piedra dónde nos sentábamos, y las imágenes de los y las locas deambulando en soliloquio, o inmutables, sentados en una esquina, en el suelo o en silla de ruedas, alguno descalzo, con ropas viejas, sucias o desaliñadas. Ahora me pregunto, si lo que se mostraba resultaba un escenario dantesco, ¿cómo sería lo que las paredes ocultaban? Desde dentro, a través del pasillo de baldosas negras y blancas, o de detrás de las ventanas enrejadas, se filtraban gritos, risas desencajadas, sonidos de fuertes golpes.

Entonces creo que empezaba a preguntarme porque, el motivo por el cual mi abuela, tan dulce, amable, serena, no podía venirse con nosotros. Recuerdo que apretaba un pañuelo en su mano, temblaba, se le movía mucho la mandíbula y miraba al vacío, siempre con su

² En 1866 la Diputación de Valencia adquiere el convento Franciscano de Santa María de Jesús, como medida provisional mientras se proyectaba un manicomio modelo. Los alienados, que permanecieron aislados y divididos por sexos en un departamento (*casa de follis*) que siempre estuvo albergada en el mismo lugar del primitivo *Spital dels Ignocents, follis i orats* fueron paulatinamente trasladados a estas dependencias. La provisionalidad, se prolongó 123 años. Antes de cerrar sus puertas en 1989, la población asilada fue distribuida en diferentes grupos, dónde solamente los casos psiquiátricos con sintomatología activa fueron siendo trasladados al Hospital Psiquiátrico Padre Jofré de Bétera (Polo, 2021). La mítica institución, que nacía con el halo de ser la mayor institución psiquiátrica de Europa, empezó a recibir pacientes en 1973 (Polo, 1999), llegaba a la ciudad de manera tardía y desfasada de las modernas directrices internacionales (Polo, 1996).

mirada profunda y acuosa. A medida que yo crecía, también crecía mi curiosidad, las dudas y las preguntas. Las respuestas siempre eran parciales, escuetas, imprecisas, y solo hacían que aumentara mi extrañeza, mi perplejidad. La “*loca dels paperets*” llegaron a llamarla en el pueblo, porque según me contaba mi padre, que le contaba el abuelo, que le contaba mi tía abuela; siempre recogía papeles y andaba por las calles corriendo, como con prisa, cargada de retales y sin rumbo fijo. Mi padre y mi tío eran pequeños cuando ingresó por recomendación de los médicos. Pero que ocurrió antes? Mi abuelo, campesino, trabajaba de sol a sol y, mi abuela había dejado de ir al almacén para dedicarse a la crianza y los cuidados de la casa. Recién había terminado la guerra, las calles eran de barro, y mi tío sufrió una caída por las escaleras, que dicen que fue la causa de su locura..., el impacto de la experiencia. Se decía que era “*Maniática*”, muy limpia y muy ordenada en la casa. Tanto era así que mi abuelo dejaba una punta del mantel sobre la mesa antes de irse a trabajar; si al volver el mantel estaba igual, era un mal signo, y había que salir a buscarla. Eso contaban, poco más. Deambulaba, o se escapaba, o buscaba o temía. En la piel de mi padre, el recuerdo de cómo lo cogía fuertemente para llevarlo al colegio, a veces en brazos, como si fuera un bebé. En el recuerdo de mi padre marcado el sentimiento de avergonzarse de que los demás vieran que tanta angustia y temor, ya no era normal. Nunca las respuestas, ni el recuerdo de las respuestas, ni el recuerdo del recuerdo de las respuestas fueron suficientes para clarificar estas cuestiones. Hoy ya no queda nadie a quien preguntar. ¿Por qué *Carmen* pasó encerrada dos tercios de su vida? En las últimas visitas, *Carmen* preguntaba la hora, como si tuviera que entrar al almacén, a veces insistente, reiterativa, con urgencia y miedo de llegar tarde. Como si su reloj se hubiera parado y siguiera viviendo y reviviendo en bucle sus días perdidos, dónde tener un “*auto*” era un lujo, las calles eran de barro, la mujer debía ser para la casa, se pasaba hambre y se trabajaba duro. En nuestros encuentros, a mi padre lo trataba como un niño, a mi madre

como la hija que no tuvo y se le iluminaban los ojos cada vez que, muy de tarde en tarde, podía ver y abrazar a sus nietos; invitados ausentes de un día a día aciago de otra dimensión, de otra realidad.

Verano de 1995, apenas unos meses antes del fallecimiento de mi abuela, la muerte abrupta de Antonio Flores me había impactado profundamente. De esta manera, su música fue, entre otras, la banda sonora que acompañó mi ánimo. La tristeza de mi primera pérdida importante, mi abuela, tan presente como ausente en mi vida. Desde que tengo memoria he tenido una particular relación con la música, que siempre ha ido más allá de la sensibilidad para apreciarla y el oído para reproducirla e interpretarla sin la necesidad de escribirla y leerla. Tal vez si hubiera estudiado en el conservatorio, hoy no estaría aquí escribiendo estas líneas. La música ha sido bálsamo y vinagre para mis heridas de vida, ha acompañado mi infancia, ha nutrido mi aprendizaje, mi crecimiento, mi formación como persona, acompañándome en la melancolía y en la euforia, en la calma y en la actividad, en la soledad y con los demás. Resumiendo, y como la mayoría de los seres humanos me he podido servir de ella, y me ha acompañado siempre, en los momentos más importantes de mi vida.

Una vez terminada la carrera, con muchas incertidumbres de cómo se desarrollaría mi futuro en el ámbito profesional, se salvaban dos cuestiones que creía tener claras; la primera que quería desarrollarme como clínico, quería trabajar con personas. La segunda, que no trabajaría en el ámbito de la geriatría ni con pacientes psicóticos. Esta última, de forma prejuiciosa: la tercera edad no tiene margen de mejora y los enfermos mentales tampoco "*Un esquizofrénico no se cura*". ¿Qué trabajo podía ofrecer un clínico, qué ayuda?

Después, una serie de casualidades, o en palabras de Jung sincronicidades, me condujeron a desempolvar las preguntas sobre mi abuela. Recuerdo que fue gracias a un seminario de los cursos de doctorado *Esquizofrenia y familia*. Me contagió la pasión de

Marisa, la mirada de Inma y las lecturas que recomendaban empezaban a satisfacer una curiosidad antigua que tenía disociada. En ese periodo ya había tenido la oportunidad de llevarme la música al trabajo, con adolescentes en riesgo de exclusión social, siguiendo con mi relación intuitiva, desde la sensibilidad y centrado en sus posibilidades y uso por parte de cualquiera y con independencia de los conocimientos formales. Siendo un lego en la materia empecé a leer sobre su aplicación terapéutica. Siguiendo otra serie de casualidades, de estar en el momento y lugar adecuados, se me ofreció la oportunidad de realizar sustituciones como auxiliar y celador en el CEEMC de Bétera³, en el 2005. Pensé, aunque mi itinerario profesional empezaba a clarificarse, que resultaría una experiencia enriquecedora además de una posibilidad para complementar el menoscabado sueldo de profesor asociado en la universidad. Al año siguiente, más sincronías, me ofrecieron una vacante de Psicólogo en un CRIS⁴, a la que opté sin mucha convicción, tenía pendiente la tesis y la intención de seguir mi itinerario en la Universidad. Recuerdo que en la entrevista, estas cosas que ocurren, ante la pregunta de que más podía añadir al puesto, mencioné mi interés por los procesos creativos y la posibilidad de trasladar mi experiencia con la música con adolescentes a este contexto. Ante mi sorpresa, me seleccionaron entre otros candidatos y tuve que elegir, sería padre en agosto y resolví ser práctico y atender a las necesidades pecuniarias, anticipando que tendría que dejar en *stand-by* mi intención de doctorarme y con el tiempo suspender las clases en la universidad. La estabilidad laboral y económica me permitió conocer y profundizar en la Musicoterapia, el taller de música que desarrollaba, no solo funcionó como experiencia piloto sino que además resultó ser el espacio de mayor demanda y adhesión de todos los que se

³ Acrónimo que hace referencia a Centro Específico de Enfermos Mentales Crónicos, servicio residencial comunitario, abierto y flexible destinado a enfermos mentales crónicos que no requieren hospitalización (Sanchís et al. 2002) ubicado en los pabellones C y D, de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico de Bétera.

⁴ Acrónimo que hace referencia a Centro de Rehabilitación e Inserción Social. Se definen como servicios específicos y especializados, dirigidos a enfermos mentales crónicos, con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales, donde se llevarán a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios (DOGV, 1997).

ofrecían en el centro. Surgía la necesidad y la coherencia de formarme en la disciplina en paralelo con posibilitar una mayor oferta de actividades relacionadas con la música y la especialización en el Modelo Benenzon. Durante un periodo mi dedicación profesional se centró únicamente en el desarrollo de la Musicoterapia en diferentes ámbitos, Autismo, Demencia y Alzheimer, pacientes cotidianos y Trastorno Mental Grave. Sin olvidar mi vertiente académica, retomé las clases en la universidad, y volvió a surgir la dedicación a tiempo completo en el CREAP⁵, que me permitió posibilitar de nuevo ofrecer mi experiencia como psicólogo y retomar la investigación.

Detrás de cada persona afectada por sufrimiento psíquico hay una historia, una familia, una vida rota. Nadie está libre de caer en los abismos, de fragmentarse y alienarse como respuesta a una realidad intolerable, insostenible. Como decía Oscar Wilde *“Formar parte de la sociedad es un fastidio, pero estar excluido de ella es una tragedia”*. La historia de la locura, es una historia de exclusión de la sociedad, de reclusión “por vida”, de privación de libertades, de vulneración de derechos, de opresión, rechazo y maltrato. Los informes técnicos de la OMS a mediados del siglo pasado, la incipiente utilización de fármacos eficaces para los síntomas psicóticos, el movimiento anti-psiquiátrico de la década de los 60 y una creciente iniciación de líneas de investigación desde diferentes teorías psicosociales y neuropsicológicas abrieron caminos de reforma y desinstitucionalización en la mayoría de países desarrollados.

En estas líneas introductorias, hemos podido advertir, que, en nuestro contexto, estos avances, no siempre fueron correspondidos en tiempo y forma y de manera coherente en la práctica. Si bien en los años 70 en nuestro país se comienza a establecer una crítica rotunda

⁵ Acrónimo que hace referencia a Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial. Se crea como centro de alta especialización en servicios de prevención, promoción de la autonomía personal y atención integral a las personas con trastorno mental grave en situación o en riesgo de dependencia o discapacidad y a sus familias cuidadoras, así como para la promoción, el desarrollo y la difusión de conocimientos, experiencias innovadoras y métodos especializados de intervención (BOE, 2014).

del manicomio (Huertas & Navarro, 2009) en paralelo se abre las puertas en el municipio de Bétera el que se presentaba como “el mejor psiquiátrico de Europa”, nombrado hospital, de manera eufemística, puesto que desde su apertura ya se encontraba totalmente obsoleto en cuanto a sus funciones, tratamiento y estructura (Huertas & Peris, 2000; Polo 1996; Polo 1999). Valga solo este ejemplo de cómo las instituciones pueden favorecer y perpetuar el rechazo social a la locura, marginándola, construyendo guetos, invisibilizándola. La Historia de *Carmen*, las preguntas sobre si pudo ser de otra manera, es la historia de miles de vidas rotas y excluidas de la familia y la comunidad. Personas incurables, peligrosas o vulnerables, que requieren de un espacio separado para ser protegidos y proteger a los demás. Una tradición paternalista que el fraile mercedario Gilabert Jofré inició en 1409 exhortando a la caridad de los fieles para abrir un asilo dedicado al amparo de los desviados que vagaban por el centro de la ciudad. ¿Amparo o control social? una posición ambivalente, una controversia que a pesar de no dejar de advertirse, parece albergarse en lo profundo de nuestro contexto inmediato. El mensaje “*es por tu bien*”, aún implícito, puede advertirse en las acciones y los itinerarios de nuestro sistema socio-sanitario desde antes de la primera crisis, pasando por el ingreso hospitalario, toma de medicación y adscripción al circuito asistencial de “*puertas giratorias*”. No es cuanto menos, pretencioso, en este contexto, esperar cambios en el imaginario colectivo, en el ciudadano de a pié, que posibiliten aceptar, acompañar y sostener un cambio de modelo. Obviando lo político, y en la línea argumental de Desviat (2010), no podemos pensar defender un modelo comunitario si practicamos la misma clínica que denostamos, requiriendo, para ello un compromiso diario clínico y ético. En definitiva, no quedarse en las palabras, en la fachada, sino poner el acento en la responsabilidad, y en acciones coherentes con este propósito.

DESARROLLO DE CONTENIDOS

El concepto de locura es un término genérico que se puede entender de diferentes maneras atendiendo a las acepciones que encontramos en el diccionario de la Real Academia de la Lengua (2020). La primera entrada la define como pérdida de juicio o privación de la razón. Centrándonos en esta acepción, y aun sin descartar las siguientes⁶ por inferirse propias de un comportamiento *loco*, seguiría siendo una definición demasiado vaga y amplia en el contexto que nos ocupa. Por otro lado, aun asumiendo que se trata un fenómeno universal, la experiencia, la vivencia y la propia historia de la locura es diferente en cada cultura y ha ido evolucionando a lo largo de la historia (Pérez-Álvarez, 2021). Dada la complejidad y atendiendo a estas premisas consideramos fundamental comenzar el marco teórico de esta tesis ofreciendo una sintética perspectiva histórica que ayude a situarnos en el contexto actual.

Aunque parezca que el tiempo y el estudio nos van acercando a asumir ciertos consensos, incluso en nuestros días, en nuestra cultura, conviven diferentes concepciones y perspectivas teóricas para definir y explicar las manifestaciones psicóticas. De ahí la necesidad de abrir un apartado que nos permita describir estas consideraciones, en particular sobre el diagnóstico de esquizofrenia, el más común y estudiado bajo el amplio y cambiante paraguas de los denominados trastornos psicóticos, que en definitiva se corresponden a los trastornos mentales graves más comunes (OCDE, 2018).

Duchêne y Bailly-Salin (1961, como se citó en Agrazar & De Batista (2019)), consideran que las modalidades asistenciales de las psicosis en determinada época y lugar son el resultado de tres factores principales: las concepciones teóricas sobre la locura, los recursos terapéuticos disponibles y las condiciones políticas y socioeconómicas del lugar. Estas

⁶ 2. f. Despropósito o gran desacierto.3. f. Acción que, por su carácter anómalo, causa sorpresa.4. f. Exaltación del ánimo o de los ánimos, producida por algún afecto u otro incentivo (RAE, 2020).

consideraciones nos servirán para establecer un puente de contenidos entre la evolución de los tratamientos y los cambios en los modelos asistenciales. La descripción de las variables asociadas al cambio desde una perspectiva actualizada nos pueden permitir justificar la necesidad de incorporar programas de intervención que puedan ofrecer espacios diferentes y experiencias de cambio satisfactorias, que además resulten más coherentes con los paradigmas actuales.

Contemplar un apartado sobre la historia de la aplicación terapéutica de la música, servirá para tomar la perspectiva necesaria para conocer y contextualizar la musicoterapia desde su nacimiento como disciplina, principales fundamentos y metodología de intervención. Posteriormente nos centraremos en las intervenciones de musicoterapia en las psicosis, exponiendo los fundamentos que justifican cada vez más, que sea considerado un creciente ámbito de aplicación (Mosslër et al., 2012). En esta línea es importante destacar las evidencias empíricas previas así como describir las particularidades del abordaje terapéutico. Establecer relaciones entre los aspectos clínicos, neurobiológicos en conjunción con los hallazgos empíricos más recientes, es crucial para situarnos en el contexto de la investigación. En síntesis nos permitirá justificar el abordaje musicoterapéutico desarrollado y el interés por las variables que se han contemplado en el ensayo.

La segunda parte de este trabajo se centrará en el estudio empírico desarrollado para poner a prueba un programa diseñado específicamente para integrar las bondades de la aplicación terapéutica de la música en personas con sufrimiento psíquico de larga evolución.

En la tercera parte de esta tesis se discutirán los resultados obtenidos, las dificultades, limitaciones y aportaciones del presente estudio, para finalmente poder ofrecer cierta perspectiva a futuras investigaciones. Confiando en poder colaborar, aportando evidencia y líneas de desarrollo, en acciones que permitan sostener con mayor solvencia, la incorporación

de la Musicoterapia como terapia complementaria en este ámbito, y por ende reforzar la consolidación de la disciplina en nuestro contexto.

PARTE I: MARCO TEÓRICO

1. LAS PSICOSIS

1.1. PERSPECTIVA HISTORICA

1.1.1. Del animismo al periodo clásico

La locura es un hecho observado seguramente desde tiempos prehistóricos y que está documentada desde el inicio de la historia misma (Torres-Ruiz, 2002). La evolución de lo que hoy en día consideramos trastornos psicóticos va ligada necesariamente al concepto de enfermedad en general. Las atribuciones que se han realizado sobre el origen de la enfermedad han marcado el camino para la cura o tratamiento de la misma. En coherencia, y en particular para la enfermedad mental, como afectación del funcionamiento “*normal*”, comportamiento “*desviado*”, su identificación y “*cura*” no puede entenderse sin atender al contexto socio-histórico-cultural.

En los inicios de la civilización los hombres primitivos tenían un concepto fantástico del mundo. En la descrita racionalización animista todos los objetos poseían vida propia, predominando la creencia en las fuerzas sobrenaturales como causas o efectos de la naturaleza (Sneader, 1990). Los hallazgos arqueológicos de cráneos perforados en torno al 5000 a.c. sugieren que la trepanación se utilizaba como un medio para liberar los demonios o malos espíritus causantes de la locura (Porter, 2003).

En opinión de Scull (2019) la locura es un fenómeno que se puede encontrar en todas las sociedades conocidas y ha planteado desafíos profundos de tipo práctico y simbólico para mantener la estabilidad del tejido social.

En el antiguo Egipto, los papiros de Kahun, Ebers y Smith, son una muestra de cómo la invocación a los dioses convivió con los primeros registros de tratamientos *empíricos*. La utilización de los remedios naturales se combinaba con otras prácticas dónde el *curandero* y

sus conexiones extra-terrenales cumplían un papel fundamental en la sanación (Fernández de Ramón & Criado, 2017). En los documentos mencionados, sin embargo, aparecen descripciones múltiples de casos de cirugía, además de aspectos relacionados con la diagnosis, terapia y prognosis de las enfermedades. En este contexto, alrededor del 1900 a.c., podemos encontrar la primera referencia escrita sobre la *Histeria*, que ya en la antigüedad describía determinados trastornos psicológicos que sólo se daban en las mujeres (León & Montero, 2006) atribuyéndose sus manifestaciones características a una disfunción del útero (Bowman, 2006; Navarro, 2009; López, 2011). De hecho fueron los griegos quienes crearon el término, cuyo origen deriva de *Hysterum* (útero) (Guzmán, 2011). También en la antigua Grecia coexistían las concepciones sobrenaturales místico-religiosas hasta los tiempos de Hipócrates de Cos (460-377 a.c.), figura que personaliza el hito en el camino hacia explicaciones más racionales de la enfermedad y su tratamiento. En este periodo se consolida la separación de la medicina de la filosofía y de otras disciplinas que conjugaban las practicas mágicas con el poder de los Dioses. Hipócrates concibe la enfermedad por causas naturales y desarrolla su teoría humoral tomando como base los postulados de Empédocles sobre la las cualidades de la materia⁷. El *corpus hippocrático*, da continuidad a la noción egipcia de sofocación uterina o útero errante de la *histeria*, aunque acomodando su explicación deductivamente a sus planteamientos teóricos: por las características fisiológicas de la mujer, la sustancia básica, la carne, es más porosa, húmeda, más llena de fluidos y más propensa acumularlos (Pérez, 2006). La *histeria* se clasificó en las enfermedades de la mujer⁸, y la mayoría de pacientes eran vírgenes o viudas que a causa de su estatus no tenían relaciones

⁷ Para el *corpus Hippocraticum* existían en el cuerpo cuatro humores (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema). La salud dependía del predominio o desequilibrio de los mencionados fluidos y se consideraba el resultado de la combinación de las cuatro cualidades básicas de la naturaleza (calor, frío, humedad y sequedad). En relación a esta premisa, se describían a su vez cuatro temperamentos (colérico, sanguíneo, melancólico y flemático) que indicaban la orientación emocional (Castro, 2005; Rodríguez, 2013)

⁸ Hasta la segunda mitad del siglo XVII el pensamiento occidental atribuyó la enfermedad al cuerpo, no a la mente (Navarro, 2009)

heterosexuales. El útero en sus movimientos podía desplazarse a la cabeza, al corazón, costillas etc., produciendo en sus desplazamientos todo un elenco de diferente sintomatología (Pérez, 2006) como las características convulsiones cuando en su deambular afectaba al hígado (Salaverry, 2012). Para el *corpus hippocraticum* las enfermedades mentales eran fundamentalmente de naturaleza fisiológica, y su centro se localizaba en el cerebro. Entre ellas se encontraba la llamada *enfermedad sagrada*, la epilepsia (Bermejo, 2007). También describen la *manía*, término ya utilizado en la tragedia que hacía referencia a la locura en términos generales y se diferenciaba de la *frenitis* que efectivamente cursaba con fiebre. La *manía*⁹ planteaba una etiología más discutida (Pichot, 2003). Según Ackerknecht (1993) la *manía* era propiciada por causas ocultas pero era observable a través de la extenuación, los excesos sexuales, el alcoholismo, manifestaciones de cólera, alborozo, tristeza y estados de angustia.

*La melancolía*¹⁰, afectación producida por el desplazamiento de la bilis negra, completaba la clasificación de las perturbaciones mentales. El también denominado *mal de Saturno* se caracterizaba por estado general de tristeza y aversión hacia cosas queridas que no cursaba con fiebre pero sí con vómitos de bilis negra, destacando como síntoma evidente de la enfermedad la alternancia súbita entre alegría y tristeza (Pérez, 1983).

La presente aproximación histórica ha obviado la representación de la locura en la poesía o la tragedia, la mitología, las sagradas escrituras y la filosofía. No obstante, consideramos importante detenernos en la concepción platónica, por ser contemporánea a los preceptos del *corpus hippocraticum*, y por su implicación futura. En sus diálogos, Platón

⁹ Martínez (1991) en su exploración del conjunto de pasajes de los diversos tratados del *corpus hippocraticum* llega a la conclusión de que, en lo concerniente a la *manía* como enfermedad o estado especial patológico o de comportamiento, se hallan una totalidad de pasajes confusos, ambiguos y a veces contradictorios, destacando que no hay un texto que defina con claridad el concepto como perturbación mental, sino más con un sentido general, tal y como se venía empleando en la tragedia griega.

¹⁰ Los escritos del *corpus hippocraticum* sobre la *melancolía*, tal y como advierte García (1991), no nos muestran un concepto unitario como patología que pudiéramos reconocer o identificar en nuestros días. El autor realiza interesantes reflexiones sobre los peligros de realizar “diagnóstico retrospectivo” o “paleodiagnóstico”.

diferencia dos tipos de locura, la primera de ellas, la propia de la enfermedad del alma, la segunda aquella que nos hace traspasar los límites de la naturaleza humana por inspiración divina. Se distinguen cuatro especies de *furor* en función de los dioses que las inspiran: La profética inspirada en Apolo, la de mística y los iniciados a Dionisio, la de los poetas y las musas; y el amor, inspirado por Eros y Afrodita, el más excelso de todos (Navarrete, 2006; Pérez, 1983; Torres-Ruiz, 2002).

Es indudable, a pesar de los esfuerzos hipocráticos, la influencia de la filosofía y la cultura griega en los conocimientos sobre la enfermedad mental y su implicación en la vida cotidiana. La *psique*, el alma, y sus enfermedades habían sido abordadas en los templos dedicados a Asclepio, desde planteamientos teúrgicos utilizando el ritual y la palabra. No podemos olvidarnos de la mayéutica Socrática, la cura a través de la catarsis trágica y su diálogo terapéutico¹¹. La implicación de la tradición griega en la terapéutica en las enfermedades del alma, no solo no se extinguió sino que llegó a trascender épocas y fronteras¹². Sin embargo, como Simon (1984) expone, los escritores médicos se preocupaban más de establecer límites precisos con la filosofía, cuestionando el posicionamiento y contemplación de la locura como una enfermedad del alma, desde dónde afirmaban serían incapaces de curar a un maníaco (Ackernknecht, 1993). No obstante Schiavone (1995) destaca la humildad de los tratamientos médicos de la época; poco afecto a la utilización de remedios drásticos, descanso físico y espiritual, purgantes, enemas, eméticos y regímenes alimentarios terapéuticos además de contemplar y confiar en “la fuerza curativa de la naturaleza”.

¹¹ Herráez (2007) nos ofrece una interesante revisión de la utilización de la palabra en su función curativa en la antigua Grecia.

¹² En Pérez (1986) en su reseña de Pingaud sobre las enfermedades del alma, describe la utilización en la antigua Roma, recomendados por Celio Aureliano, de procedimientos alopáticos (*contraria contrariis curantur*) en el tratamiento de la *manía* como el diálogo, la lectura y el teatro.

No podemos dejar de nombrar a la figura de Aristóteles, que aún adherido a los preceptos hipocráticos, desarrolló y matizó el concepto de melancolía. Además, abundó en la idea de que puede potenciar la capacidad creativa de la persona provocando que ella sea capaz de llevar adelante obras que se caracterizarán por su grandeza y excelencia (Rivas, 2012). La asociación entre el genio y la melancolía es casi desde entonces uno de los grandes lugares comunes de nuestra cultura (Florencio, 2008). Así mismo se le atribuye ser el primero en llamar la atención sobre la función catártica, en utilizar la *kátharsis* en el ámbito de una teoría poética (Sánchez, 1996).

La expansión de Roma demandó la necesidad de cirujanos militares en sus campañas y el crecimiento demográfico de la ciudad incrementó la demanda en salud, lo que propició la llegada de médicos griegos y la progresiva penetración de la tradición médica (Rodríguez, 1977). Esto supuso un nuevo impulso para el área que nos ocupa. En el 46 a.C., Julio Cesar otorga carta de ciudadanía a todos los médicos griegos permitiendo que pudieran ejercer libremente su profesión (Fasolino, 2002). Cabe destacar que, si bien, todos bebían de la misma fuente, distintas escuelas de pensamiento influyeron en los médicos de aquella época (Schiafone, 1995). En este contexto, Asclepiades de Bitinia (124–40 a.c.), afecto a la escuela metódica, se empeñó en el desarrollo de una nueva medicina, aplicando la teoría atómica de Demócrito en su explicación del origen de las enfermedades: En la piel hay unos poros por donde circulan libremente estos elementos o átomos (*onkói*) su obstrucción generaría un desequilibrio (Pérez, 1984). La terapéutica de Asclepiades se basaba en recuperar el equilibrio perdido, añadiendo los baños, masajes, ejercicio, música¹³ y vino con moderación a la sanación tradicional de las perturbaciones mentales. Fue el primero en dividir las

¹³ “En adelante la música no le será desconocida (al médico), pues se dice que esta disciplina produce en los enfermos efectos positivos, haciendo referencia a David, que liberó a Saúl del espíritu maligno que le atormentaba por medio de una melodía. Asimismo, Asclepiades devolvió la salud, gracias a la música, a un enajenado mental”. Isidoro de Sevilla. *Etimologiarum sive Originarium libri XX* en Calle (2011).

enfermedades psíquicas, en agudas y crónicas y se opuso a la reclusión de la locura¹⁴. Además se le atribuye la primera diferenciación entre ilusión sensorial y alucinación (Salorio & Lapaz, 2000) resultando un hito en la clasificación y descripción de las alteraciones senso-perceptivas. Lipowski (1991) atribuye a Celso, discípulo de Asclepiades, la utilización por primera vez del término *delirium*, aunque refiriéndose también al delirio febril de la *frenitis*. Celso dedicó un capítulo de su obra “*De re médica*” a las enfermedades mentales, que las consideraba sistémicas (Castro, 2005), compilando las manifestaciones clínicas principales, teorías explicativas y consideraciones sobre los tratamientos más adecuados (Torres-Ruiz, 2002). En la terapéutica incorporó aspectos de higiene de vida y ambiente moral, prohibiendo las carnes, las grasas, los vinos, destacando la utilización de métodos drásticos en los furiosos¹⁵.

Sorano de Efeso (98-138 d.c.) es sin duda otra figura a destacar de este período. De la escuela metódica, rechazó completamente la teoría de los humores y sus nociones axiomáticas, incorporando los avances en anatomía ginecológica¹⁶ reformulando la histeria. Realizó una síntesis de conocimientos y dividió la causa de las perturbaciones en orgánicas y mentales o psíquicas, orientándose hacia tratamientos más humanitarios. Además de su detallada descripción de los cuadros clínicos destaca el tratamiento personalizado y principios de *psicoterapia* en sus recomendaciones (Ackerknecht, 1993). Las contenciones físicas se debían de realizar más para proteger al paciente que como castigo, y se recomendaba aislar al enfermo en un cuarto tranquilo, iluminado y con ventanas elevadas para evitar la

¹⁴ Prefirió utilizar el término *furor* para referirse a la locura en general distinguiendo la alienación febril aguda (*frenitis*) de la crónica sin fiebre (*furiosi*).

¹⁵ Partidario de una terapéutica más brutal consideraba que las cadenas, las reprimendas, los castigos, el ayuno, los grilletes, así como los sustos repentinos, podían ser útiles en los furiosos (Ackerknecht, 1993). Consideraba que la sangría y los purgantes drásticos (eléboro) eran necesarios para expulsar la bilis negra del enfermo mental, así como la utilización de ungüentos y tisanas de adormidera o beleño (Salorio & Lapaz, 2000).

¹⁶ La ginecología continúa progresando gracias a la utilización de instrumental como el *speculum* que permite el examen de órganos vivientes *in situ*. En base a sus observaciones se opone a la teoría de *útero errante*, y la visión androcéntrica de Hipócrates en la explicación de la Histeria (Pérez, 2006).

precipitación. Tampoco consideraba indicados los encierros a oscuras, los encadenamientos, los enemas, las sangrías excesivas ni la práctica del amor (Salorio & Laplaz, 2000).

En el ámbito que nos ocupa también cabe destacar Areteo de Capadocia (50 d.c.) a quien se le atribuye ser el primero en diferenciar el estudio de las enfermedades mentales de otras ramas de la medicina. Diferencia la manía y la melancolía de otras perturbaciones similares derivadas del alcohol o producidos por la fiebre, además de observar que las primeras podían ser intermitentes y curables en oposición a los procesos seniles, progresivos e incurables (Lipowski, 1991; Torres-Ruiz, 2002).

No podemos dejar de nombrar la escuela de medicina más influyente encabezada por Galeno de Pérgamo (129-198 d.c.), que si bien no dedicó un tratado especial a la enfermedad mental (Salaverry, 2012) sus aportaciones fueron capitales para la época y el futuro de la medicina. Galeno realizó estudios anatómicos y fisiológicos en Alejandría, dónde se permitía las disecciones humanas post mortem, antes de ser trasladado a Roma y ser nombrado médico imperial (Schiavone, 1995). Galeno, puso de relieve el Sistema Nervioso como centro de las sensaciones, del movimiento voluntario y de todos los procesos del pensamiento (Van der Heijden et al., 2002) además de recopilar, ordenar y sistematizar los conocimientos médicos logrados hasta su época.

La desaparición de Galeno, aunque hubiera médicos que mantendrían viva la tradición antigua (Schiavone, 1995), junto con la difusión del cristianismo y su posterior oficialización a partir del decreto de Constantino en el 313 d.c. (Salaverry, 2012; Porter, 2003) contribuyeron a la reaparición progresiva de la medicina arcaica y la vuelta a lo sobrenatural. Estos aspectos junto con la posterior caída del imperio romano marcaron el inicio de una etapa de oscuridad en el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales en occidente que perduraría hasta el siglo XVIII (Porter, 2003; Scull, 2019; Torres-Ruiz, 2002).

El periodo grecorromano se cierra con la consolidación de la disciplina médica como una profesión, con un código deontológico y una epistemología propia y diferencial. Como legado destacan las primeras descripciones clínicas, intentos de clasificación de las enfermedades, así como aproximaciones a la diagnosis y prognosis de las afectaciones mentales. Abundantes métodos terapéuticos de carácter físico e higiénico, una rudimentaria actitud psicoterapéutica y los primeros “*fármacos*” sedantes (Salorio & Laplaz, 2000). Sin embargo, y como hasta ahora hemos podido ir advirtiendo, no podemos hablar de un cuerpo de conocimiento unitario, ordenado y sistemático de la patología mental en todos sus parámetros (Martínez, 1991). Obviamente caeríamos en el error de esperar una correspondencia clara con los conceptos actuales, aunque algunas nomenclaturas pervivirán durante muchos siglos como la *manía*, la *melancolía* y la *histeria*. No obstante, como indica Simon (1984) estos avances se pueden considerar precedentes de importantes cuestiones que a lo largo de la historia se han tratado de atender y que han pervivido hasta la psiquiatría moderna.

1.1.2. Oscurantismo, renacimiento y “*gran encierro*”

Muchos autores aducen no obviar la irremediable pérdida de escritos de la época como advierte Scull (2019). La supervivencia de algunos tratados, y su traducción pudieron dar continuidad a la tradición médica en el imperio bizantino y después en el mundo árabe. La creciente expansión del Islam procuró una creciente comunidad médica que emergía en los territorios bajo su dominio. La cultura árabe, no se limitó a mimetizar las proclamas greco-romanas sino que progresivamente se fueron convirtiendo en vehículos del pensamiento intelectual (Bárcena, 2001; Laín, 1978). En este contexto surge en Damasco, Bizancio, en el siglo IV la primera institución documentada para el tratamiento de los enfermos mentales, “*morotrophium*”, o casa de locos (Moscardó et al., 2009). Le seguirían otros, aunque el de

Bagdad, según diversas fuentes, a finales del siglo VIII se identifica como el primer *bimaristán* u hospital de enfermos mentales y físicos del Islam (Bárcena, 2001; Fernández & Mañá, 2016). La sociedad musulmana concebía la locura como la posesión de espíritus o criaturas mágicas; genios, seres inteligentes y de grandes saberes, que dominaban los actos de aquellos inocentes a los que poseían (Rodríguez, 2002). La locura estaba fuertemente vinculada con la poesía y con el amor. La asimilación de concepciones médicas greco-romanas como la etiología de las enfermedades mentales favoreció la integración de la base científica en términos de abordaje terapéutico. De este modo, libres de las concepciones demonológicas de occidente, se permitieron generar avances sorprendentes en diversas áreas de la medicina así como detalladas observaciones y descripciones clínicas más específicas¹⁷ de la enfermedad mental (Syed, 2002). No obstante, coherentes con su tradición arcaica, el *loco* siempre fue tratado con mucho respeto y las máximas atenciones. Aquellos que estaban en buena posición social, se quedaban en sus casas y eran atendidos en todas sus necesidades, los que no tenían esta opción y eran inofensivos no eran reclusos, y aquellos que no cumplían con ambas condiciones eran aislados en el *maristan*. Se separaban en departamentos especiales dónde eran visitados periódicamente por los funcionarios que inspeccionaban sus condiciones de vida, su manutención, el tratamiento dietético y las diferentes terapias que seguían hasta que eran dados de alta cuando se recuperaban (González, 2021). En la concepción islámica, para mantener un orden religioso, el loco no debía quedar excluido de la sociedad en su fluir, su acogida en la comunidad era un acto de responsabilidad social (Fernández & Mañá, 2016). Muhammad V funda en 1367 el *maristán* de Granada, único

¹⁷ Najab ud dín Muhammad dejó muchas y excelentes descripciones psicopatológicas. Sus observaciones de pacientes, cuidadosamente recopiladas, constituyeron la clasificación más completa de las enfermedades mentales conocida hasta entonces. Najab describió la depresión agitada, un tipo de neurosis obsesiva, la *Nafkhae Malikholia* (priapismo combinado, impotencia sexual), *Kutrib* (una forma de psicosis persecutoria) y *Dual-Kulb* (una forma de manía) (Sarhan, 2018).

ejemplo de este tipo de edificio en el Al-andalus del que se conservan noticias precisas y restos arqueológicos suficientes (Almagro & Orihuela 2003). Es interesante recalcar que la disposición arquitectónica de estos edificios, la distribución de los espacios y los elementos que lo ocupaban, piedras, arboles, flores, fuentes y agua en movimiento se distribuían con sentido de contribución a la curación del paciente (Calle, 2014a). Situado en la Ciudad, y abierto a la visita de familiares y amigos (Bárcena, 2001), los edificios albergaban mezquita, incluso capilla para cubrir las necesidades espirituales de los cristianos, su propia farmacia, biblioteca, sala de lectura y músicos empleados para la labor terapéutica de su trabajo (Miller, 2006). En el Islam en general y el sufismo en particular, el oído era el sentido más importante, creían en la escucha transformadora y en la capacidad sanadora de la música. Adaptados al punto de vista médico de la época¹⁸, estos elementos tenían la capacidad de influir en los humores, y podían conseguir equilibrarlos además de favorecer el despertar espiritual del ser humano (Bárcena, 2001; Calle, 2011).

Sería demasiado extendernos para el propósito del presente trabajo, nombrar el desarrollo que la cultura árabe, a través de sus más destacados representantes, aportó al saber y conocimiento de la salud mental y sus cuidados. No podemos olvidarnos, no obstante, de la figura de *Ib-Sina* (980-1037) y su vasta obra de escritos filosóficos y médicos, de los que destacamos su conocido *Al Qanun: El canon de Avicena*¹⁹, fue el tratado de medicina que influyó poderosamente en el pensamiento científico europeo hasta el siglo XVII (Bartra, 2021).

¹⁸ La adquisición del conocimiento, su cultivo y desarrollo es inherente a los fundamentos del Islam y también responde al precepto musulmán del esfuerzo (*yihad*) (González, 2011) Los eruditos árabes partiendo de esta premisa, además de dominar sus respectivas disciplinas, filosofía, medicina, poesía y música, conocían otras transversales que complementaban un conocimiento exhaustivo de la enfermedad (Calle, 2014b). La música era una disciplina que todo facultativo debía conocer. Se consideraba la única disciplina natural capaz de armonizar y dar equilibrio al cuerpo afectado por la enfermedad. A los sonidos naturales como por ejemplo el correr y gotear del agua, se añadían la música, la danza, los espectáculos, la audición de relatos maravillosos a través de la palabra melodiosa de los narradores. Todo ello basado en la belleza, la proporción y el ritmo resultaba ser sanador para los pacientes (Bárcena, 2001; Calle 2014a; Foucault, 1967; Moscardó et al., 2009).

¹⁹ Latinización del nombre.

Volviendo al mundo cristiano, algunas manifestaciones que podríamos catalogar de locura, se pudieron atribuir al éxtasis de las revelaciones de santos y místicos. Parafraseando a Porter (2003) podríamos decir que los santos inocentes, profetas y ascetas sufrían una locura saludable, aunque lamentablemente, era más común, que los locos fueran vistos como diablos, poseídos por satán y etiquetados como brujos y herejes. La iglesia católica, perseguía todo acto de curación o razonamiento que no se adhiriera a la única forma de sanación del alma, la Fe; la oración, la liturgia y la escucha de las palabras santas, tratamiento de elección. En función del médico que tratase la aflicción, esta podía pasar por oraciones y encantamientos hasta la trepanación²⁰, como otra forma de expulsar los espíritus malignos (Laín, 1978). La enfermedad mental y física, era vista como un castigo divino, y la curación también podía pasar por la peregrinación hacia lugares sagrados. En nuestro contexto más cercano son los monasterios los primeros que se encargaron de albergar una creciente población con estas características siguiendo los principios benedictinos de acoger al pobre y peregrino. La peregrinación más que sanación procuraba en muchas ocasiones el empeoramiento, contagio de otras enfermedades, hambre y sufrimiento psíquico. Las afectaciones físicas o la invalidez a su vez tenían como consecuencia imposibilidad de trabajar, de ahí a la indigencia que llevaba a la tristeza, la desesperanza y en definitiva, en muchas ocasiones a la locura. El avance de la reconquista y la repoblación de las ciudades acrecentó la peregrinación a las urbes, dónde fueron creciendo los hospitales (González, 2021). El inicio de las cruzadas en Europa en el siglo XI ya había tenido una serie de consecuencias, de las cuales en nuestro

²⁰ *La piedra de la locura*, resume una creencia extendida por Europa desde el siglo XIV. En términos generales se refería a la idea de que los trastornos mentales se debían a la existencia de una piedra dentro de la cabeza, lo que propició que se extendiera la práctica (con más o menos tinte místico, médico o religioso) de la trepanación frontal para extraerla y sanar así al enfermo. Al respecto, en los trabajos citados al final del pie, se ofrecen más detalles del fenómeno y las diferentes formas que toman en la edad media y el renacimiento; misticismo, superchería, psico-magia o prehistoria de las aún vigentes psicocirugías. Jeroen Anthoniszoon van Aeken, conocido como El Bosco, hacia 1475-1480, deja registro iconográfico en su óleo “*Extracción de la piedra de la locura*”, que resume de manera simbólica las contradicciones, lucha y confluencia de ideas del orden social del renacimiento (González, 2006; Laín, 1978; Salaverry, 2012).

ámbito debemos destacar la recuperación a través de Bizancio de textos médicos greco-romanos y traducciones al latín del conocimiento árabe. Estas empresas militares fueron debilitando progresivamente a la nobleza y el sistema feudal, iniciando el final del vasallaje y el crecimiento de la burguesía. En el siglo XII se fundan las primeras universidades europeas (González, 2021; Scull, 2019) y con ellas la transmisión de conocimientos médicos clásicos. El resurgimiento de la teoría humoral, empezó a convivir con el poder y el acumulo del saber en la iglesia, que se ocupaba fervientemente de que los avances en la racionalidad fueran apareciendo de manera muy dosificada y siempre que no se confrontaran con los dogmas católicos. Mientras tanto, como consecuencia de las guerras, las hambrunas y las epidemias, la pobreza aumentó de manera exponencial aumentando la afluencia a las ciudades para poder subsistir de la limosna o la caridad cristiana. En la urbe subsistían a duras penas, hacinándose en albergues y hospitales o vagando a la intemperie. En este contexto, el Padre Mercedario Gilabert Jofré, exhorta a los fieles de la ciudad de Valencia a abrir un hospital para los *locos*²¹ que campaban por la ciudad siendo objeto de burla, maltratos y agresiones. El sermón causó efecto inmediato en la incipiente burguesía de la ciudad que ofreció su apoyo para desarrollar la obra benefactora que se proclamaba, recibiendo luego el privilegio real y la bula papal para su reconocimiento (Polo, 1996). Sin entrar en el debate de si fue la primera institución específica para la atención de los dementes del mundo, de Europa o de occidente, bien es cierto que supuso un hito en reconocer la diferencia y la separación de las alteraciones mentales del resto. También cabe destacar el carácter laico y burgués del Hospital y la facultad de la justicia civil de obligar el encierro a aquellas personas que podían ser peligrosas

²¹ Conocido como *L'Espital dels innocents, folls i orats de Santa Maria dels Innocents*, en su nombre ya advertimos el lenguaje lego utilizado para referirse a los beneficiarios de sus funciones: Inocentes hacía referencia a aquellos faltos de conocimiento o ignorantes; *folls* tratamiento genérico de locos i *orats*, de raíz etimológica latina que también se refiere a personas faltas de juicio o razón (Vázquez, 2015). Ventosa (1997) matiza que el termino orates hace referencia a endemoniados y posesos y entrañaba exclusivamente un sentido de peligrosidad y de perjuicio, mientras que inocentes, por analogía con el término que la Iglesia otorgo a los niños sacrificados por el rey Herodes, representa mejor la idea de caridad y protección.

y que sus familias no podían o no querían hacerse cargo (Simbor, 1996). La popularidad que fue alcanzando el Hospital de Valencia favoreció el desarrollo del modelo al resto de nuestro territorio (Salorio & Laplaz, 2000). En cuanto al tratamiento, diversas fuentes recogen referencias que afirman la posible influencia árabe en los planteamientos y aportaciones del Padre Jofré²². Una de las misiones de la orden mercedaria era la redención de prisioneros cristianos del Al-andalus y datos biográficos del clérigo constatan algunos de sus viajes a territorio Islámico (Calle, 2011; González, 2021; Nogales, 2001). De esto se podría desprender que la atención al *demente* en el nuevo hospital daría continuidad a esta tradición de tratamientos médicos, terapéuticos, así como de los principios humanitarios de respeto absoluto y trato digno. Sin embargo, trabajos que realizan una revisión más profunda de las fuentes nos llevan a pensar que, si bien en sus orígenes pudo haberse acercado a esta idea, más allá de la manutención caritativa y la “*protección*” hacia los locos garantizada por su exclusión de la comunidad, los tratamientos médicos resultaban ser algo anecdótico²³.

El siglo XV se caracterizó por una proliferación de los hospitales urbanos, dado el aumento de población que no tenía los recursos mínimos para subsistir y necesitaban cobertura para evitar contagios y pestilencia en la comunidad (Pileño et al., 2003). Tal fue el aumento que se llegó a la necesidad de integrar los pequeños hospitales y convertirlos en

²² Simbor (1996) realiza un interesante estudio historiográfico en el que refleja que tanto el nombre de Gilabert Jofré, como el Llorenç Salom, no aparece en el privilegio fundacional, lo cual cuestiona su participación no ya en la fundación, sino en el propio funcionamiento del Hospital. En la misma línea, Polo (1996) desgrana toda una serie de trabajos orientados a superar tópicos tradicionales y frecuentes errores publicados sobre la figura del clérigo mercedario.

²³ Si bien acudían distintos médicos al hospital para prescribir tratamientos a los alienados, la principal función del hospital era la exclusión social de los individuos que pudiesen alterar el orden público. Los empleados se encargaban de las necesidades básicas de los enfermos como la alimentación, aseo o movilización. Si se mostraban furiosos o desobedecían se les azotaba, se les colocaba grilletes, a veces de forma permanente, o se les encerraba en jaulas de metal; les “*Gavies*” que introdujo el Doctor Jaume Roig. Llevaban sayos hechos con pedazos de tela gruesa y caperuza. El uniforme distintivo era sustituido por otro de colores vistosos cuando se les permitía salir a pedir limosna, o participar en procesiones festivas, para que, por seguridad pudieran ser reconocidos. Dada la concepción religiosa de la inactividad se les obligaba a trabajar: los hombres en el jardín, la limpieza y los servicios; y las mujeres cosiendo, tejiendo y confeccionando vestidos (Nogales, 2001; Pileño et al., 2003; Vázquez & Duro 2015).

hospitales generales, con secciones o departamentos para dementes y locos. Esta unificación ocurrió en Valencia en 1512, sobre los terrenos del *Hospital de fells*, que a partir de entonces se llamaría General. Hospital que en su modélica labor benefactora empezaría a acoger a: agonizantes, sífilíticos, prostitutas, expósitos, reclusos y alienados, cada cual en sus respectivas instalaciones y separados por sexos (Polo, 2021). Según Laín (1978) tres aspectos caracterizaran esencialmente la visión renacentista del hospital, su nueva arquitectura, la incipiente dedicación exclusiva de sus servicios a un fin especializado y la también incipiente ordenación más o menos, centralizada, de los varios, a veces minúsculos establecimientos de una misma ciudad en los que se practicaba la asistencia hospitalaria. Este modelo fue imponiéndose, a medida que se iba implantando la secularización y relegando a la iglesia en la atención tradicional a los desfavorecidos. Fueron incorporándose sucesivamente las salas de especialización en la medida que se iban introduciendo los avances científicos y técnicos al ejercicio de la medicina (Polo, 2021).

Sin embargo, cabe recordar que precisamente a finales del siglo XV se recrudeció la Inquisición y la persecución de la herejía. El *malleus maleficarum* o martillo de las brujas, escrito por los frailes dominicos alemanes Heinrich Kramer y Jakob Sprenger contando con la aprobación del Vaticano (Sacristán, 2009), atribuía todas las enfermedades mentales a la posesión del Demonio y no a causas naturales. Esto legitimó al tiempo una persecución sin precedentes de hechiceros, curanderos y “brujas”, causando miles de muertes bajo el fuego purificador, acto de caridad cristiana para liberar a las almas del maligno.

El espíritu renacentista devolvía la importancia del hombre en la vida terrena, recogiendo con fuerza los impulsos de renovación y protesta ante el teocentrismo, la decadencia cultural y el debilitado sistema feudal. Un periodo de transición a la edad

moderna, bisagra entre lo espiritual y lo terrenal, entre la especulación y el empirismo entre lo sobrenatural y lo racional.

La figura de Paracelso (1493-1545) personifica como nadie la lucha de estas polaridades, resolviéndola, desde mi punto de vista, en una asimilación de principios a priori contrarios. Recorrió media Europa, recogiendo la sabiduría popular rural, los remedios naturales de cada lugar y también la herencia mágica pagana (Esteban, 2003) al tiempo que se formaba en medicina, se doctoró y fue cirujano del ejército imperial Italiano. Philippus Theophrastus Bombast von Hohenheim, lo mismo aclamaba a los clásicos autoproclamándose *Para Celso*²⁴ que expresaba con vehemencia la ruptura de los principios de Galeno, sobre todo en cuestiones de anatomía. Tan innovador como arcaico en muchos de sus planteamientos generó mucha controversia en su época. La mayoría de sus trabajos se publicaron y empezaron a tener transcendencia tras su muerte. En el ámbito que nos ocupa podemos destacar de su obra "*Sobre las enfermedades que privan de la razón*", donde realiza una descripción y clasificación de las enfermedades mentales²⁵. Laín (1978) destaca de la Psicología de Paracelso, su carácter psicosomático, no solo porque plantea que los cuerpos externos pueden actuar sobre el cuerpo propio produciendo acciones psíquicas, sino porque el alma, a través de la imaginación, es capaz de determinar acciones corpóreas patológicas²⁶. Reconocidas sus contradicciones, denostado o aclamado, son indudables sus influencias que

²⁴ Igual o a la altura de Celso, refiriéndose al destacado médico de la antigua Roma.

²⁵ Describe a los lunáticos (acción de la luna) los insanos (por obra de la gestación, parto o herencia) los vesanos (alimentación nociva, bebida) y los melancólicos (constitución morbosa) (Foucault, 1967; Torres-Ruiz, 2003). La Histeria se produciría como la acción del alma sobre el cuerpo, por lo que tanto hombres como mujeres podían ser víctimas de esta enfermedad (Laín, 1978).

²⁶ Paracelso se anticipa y ofrece descripciones y explicaciones de la coreomanía o manía del baile (Tarantismo, Baile de san Vito, etc...) diferenciando tres tipos; por causa imaginativa (sugestiva) por causa sensual (producida por voluntad propia) y por causa natural (por causas corporales). Abogaba principalmente por la música, de viento y percusión, para su tratamiento (Calle, 2011). Más tarde se atribuyeron como causas de la frenética manía del baile, la intoxicación por el ergot o cornezuelo, hongo que contaminaba el centeno, que en formas graves, producía el también llamado "fuego de San Antonio" o ergotismo que podía causar necrosis incluso la muerte.

contribuyeron a liberar el dogmatismo del pensamiento médico. Abrió caminos en la adusta farmacopea de la época, estableció los cimientos del desarrollo de la química, y fue inspirador de la homeopatía, la medicina psicosomática y la psicología del inconsciente (Esteban, 2003; Laín, 1978).

Valga entonces el detenimiento en Paracelso como paradigma de las virtudes del espíritu renacentista, así como para reflejar los avatares de un periodo confuso, de cambio, de contradicciones y paradojas, como las que vivió Erasmo de Rotterdam (1466-1536), contemporáneo y representante del humanismo, y testigo de la encrucijada, política, social, moral y teológica de la reforma luterana, que plasma, con habilidoso ingenio, en su obra magna “*Elogio de la locura*”.

Cabe destacar otras figuras importantes de este período, como Juan Luis Vives (1492-1540) y su defensa al pobre y al insano, cualidades indisociables en este periodo, así su como del derecho a recibir un trato digno y amable. Figura clave del humanismo en Europa junto a Erasmo, y fundamental en el desarrollo de concepciones psicológicas (Carpintero, 1993).

Por otro lado, las detalladas disecciones humanas de Andrés Vesalio (1514-1564), considerado el padre de la anatomía moderna, dejaron al descubierto errores de Galeno, abriendo además caminos para el avance en la neuroanatomía. Juan Weyer, defendió la idea de protección de los enfermos mentales así como de las “*brujas*”, merecedores ambos de compasión más que de castigo. Su libro “*De praestigis daemonum*”, publicado en 1556, es un alegato en contra de la oficialización de la demonología refutando de manera argumentada y lógica los enunciados del *malleus maleficarum*. Progresivamente, en el sucesivo siglo la semilla del renacimiento va brotando orientada a una concepción, médica, organicista de la salud mental. Mientras tanto, *La nave de los locos*²⁷ convertida en institución, embarcaría a

²⁷ Foucault (1967) describe una tradición literaria en la alta edad media que en tono satírico relataba las tribulaciones de diferentes héroes o personajes sociales embarcados en un viaje simbólico. El Bosco da su

los médicos que ratificarían el aislamiento y segregación, dirigiendo su viaje a ninguna parte. Lo que Foucault (1967) denominaría el “gran encierro”, dónde cualquier forma de irracionalidad, fue desenmascarada y apartada del mundo del comercio, la moralidad, y el trabajo, fuera del dominio de la razón. El internamiento no había sido de ninguna manera una práctica médica, y el rito de exclusión no se abría a un espacio de conocimiento positivo hasta finales del siglo XVIII.

Antes, sin embargo, debían evolucionar concepciones fundamentales como el desarrollo de un método científico para el uso de la mente por parte de Descartes (1596-1650) afirmando que no es el alma, sino los procesos mentales los que procuran el raciocinio (Navarro, 2009). Locke (1632-1704) va más allá y describe que el conocimiento al nacer es como una *tabula rasa*, sobre la que se va instaurando la mente a través de la experiencia registrada por los sentidos, desde dónde se empieza a formar la identidad. Los avances neuroanatómicos de Willis (1621-1675) le permitieron afirmar que las perturbaciones del sistema nervioso desempeñaban un papel más importante en numerosas afecciones que los humores (Pichot, 2003). Sydenham (1624-1689) influido por las ideas de Locke, profundiza en la Histeria identificando la influencia de la autoconciencia individual y la posición social en su desarrollo, al tiempo que describía y tipificaba diferentes formas que se daban tanto en hombres como en mujeres (González, 2000a; Laín, 1978). En este periodo, se empieza a desarrollar la nosografía moderna de los trastornos psíquicos y la nosología, o descripción de las manifestaciones comunes que describen la enfermedad. Stahl (1659-1734) divide las enfermedades mentales en dos grandes grupos: simpáticas, en las que existía perjuicio en algún órgano, y patéticas, sin lesión ni daño orgánico en su origen. Cullen (1710-1790)

particular visión cargada de alegorías en *La nave de los locos*. Foucault (1967) cita la posible existencia de estas naves que transportaban locos, que expulsados de su ciudad eran obligados a vivir una vida errante como vagabundos fuera de la sociedad. El autor toma se refiere así a la primigenia forma de segregación social de la locura, que ya en siglo XV empieza a mutar de espacio en forma de manicomio.

elabora una clasificación de las enfermedades mentales tomando los mecanismos etiopatogénicos como criterio principal de clasificación y es el primero en utilizar el término "neurosis". Para Cullen, a nivel etiológico, la locura (*vesania*) era una inusual y apresurada asociación de ideas que daba lugar a juicios equivocados sobre la realidad y, por consiguiente, a emociones desproporcionadas²⁸ (Salaverry, 2012). Salazar et al. (2007) consideran la introducción del término como una verdadera revolución equiparable a la que personificó Vesalio en anatomía. Si bien el término neurosis perduró, su definición y sus límites, a partir de este momento, fueron modificándose profundamente (Pichot, 2003).

1.1.3. Ilustración, primeras reformas y nacimiento de la psiquiatría

Los cambios en la concepción del hombre derivados de la reorganización profunda que venía propiciándose desde la revolución industrial, fue extendiéndose en la medida que se consolidaba la revolución burguesa. La crítica al poder y las instituciones fue incorporando, a su vez, una voz política que pensaba que la irracionalidad podía ser reconducida por direcciones socialmente más útiles (González, 2000a). En la medicina de la enfermedad mental, esto se traducía en una descripción de la patología individual, tal y como defendía Philippe Pinel (1745-1826), considerado por muchos el padre de la psiquiatría (Desviat, 2020; Van der Heijden et al., 2002). La Declaración de los derechos humanos en Francia termina con el “*gran encierro*” y Pinel fue nombrado por la Comuna, en plena revolución francesa, director médico del Asilo de La Bicêtre, dónde fueron trasladados los hombres y, posteriormente en 1795 director de La Salpêtrière, en París. El principal remedio para la locura sólo podía hallarse en un hospital bien organizado (Pileño et al., 2003) para dominar al enfermo y someterlo en todo al médico que, por sus cualidades físicas y morales, debía hacerle cambiar la serie de sus ideas (González, 2000a). Para la observación y para ganarse la

²⁸ Dentro de las Neurosis encontraríamos las *vesanias*; caracterizadas por alteraciones del juicio sin fiebre ni coma que podían tomar forma de amnesia, melancolía, manía y somnolencia (Salazar et al., 2007).

confianza, “*liberó*” a los locos de sus cadenas. Los alienados debían estar separados por diferentes especies para evitar sus recaídas. Los convalecientes eran objeto de “*tratamiento moral*”, aislamiento terapéutico, orden estricto, horarios fijos y trabajo regulado. En su “*Tratado de la alienación mental o la manía*”²⁹, Pinel identifica ambos términos al caracterizarla como una alteración de todas las facultades, diferente de las melancolías o *delirio parcial*,³⁰ dónde el paciente preservaba el resto de facultades (Pichot, 2003). Así mismo propuso la creación de un cuerpo especializado de médicos dedicados a la atención de los “alienados”, el médico alienista se convertiría en la única autoridad del asilo (Foucault, 1967).

Estos planteamientos fueron desarrollados por su principal discípulo Esquirol³¹ (1782-1840), maestro de todos los alienistas franceses. Las experiencias de los médicos en estos términos eran todavía dispersas y las condiciones de los asilos lamentables, por lo que se presionaba al Estado para hacerse cargo de estas instituciones. Finalmente, la Ley de internamiento de 1838, permitió disponer de un asilo para dementes en cada departamento del país. Sin embargo, nos encontramos en un periodo de expansión de la demanda de hospitalización consecuencia del proceso de industrialización, no siempre acompañada con una política asistencial que pudiera proveer de los recursos necesarios para brindar un trato digno y un tratamiento efectivo dirigido por la ciencia³².

²⁹ Clasificaba las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicando su origen por la herencia y las influencias ambientales (León, 2013).

³⁰ Esquirol diferencia de ellas la que denominó monomanía; delirio que se limita a un único objeto o a un pequeño número de ellos con excitación y predominio de una pasión alegre y expansiva, de la lipemanía o *melancolía de los antiguos*; delirio sobre un objeto o un pequeño número de objetos con predominio de una pasión triste o depresiva (Huertas, 1999).

³¹ Huertas (1999) destaca de Esquirol su descripción de la Alucinación, de carácter psíquico, diferenciándola de la ilusión.

³² El confinamiento, era el factor clave de la curación, pues significaba aislar al enfermo de las personas, los hechos o las pasiones que habían motivado su locura (Sacristán, 2009). En las sucesivas décadas el manicomio era cuestionado por su inoperancia terapéutica, que se retroalimentaba al tiempo en una mayor necesidad de asilos porque los enfermos cronificaban en poco tiempo (González, 2000a), lo que suponía a su vez un empeoramiento de las atenciones producida por la desidia administrativa.

En España por ejemplo, durante el siglo XIX, si bien había médicos en el manicomio, el poder absoluto lo tenía el llamado *Padre de Locos*, figura sobre la que recaía plena potestad sobre tratamientos, castigos, salidas y admisiones que solían ser remitidas por alcaldes, jueces y jefes políticos provinciales (Huertas & Peris, 2000). El siguiente fragmento extraído de la reflexión de Concepción Arenal (1894) puede servirnos de síntesis en este periodo;

Aquellas jaulas inmundas; aquellos lechos de paja medio podrida; aquellos hombres demacrados y desnudos; aquellas voces desacordes, expresión terrible de un dolor sin nombre; aquellas miradas siniestras, extraviadas, irresistibles, abrasadas con el fuego de un delirio crónico, que hacen clavar los ojos en tierra o volverlos al cielo pidiendo misericordia para el que así mira; aquellas manos débiles y amenazadoras al través de la dura reja; aquel terror a la vista del carcelero, que hace huir a los míseros reclusos al fondo de su estrecha prisión...Corramos un velo sobre esta escena desgarradora, pero que no se borre de nuestro corazón, para que, cada uno de la manera que le sea posible, contribuya a que los dementes sean tratados como la ciencia y la caridad lo exigen; para que a la horrible máxima de que El loco por la pena es cuerdo, se sustituya esta otra: El loco por el amor recobra la razón perdida. Esto es no sólo más cristiano, sino más científico; las teorías crueles son siempre falsas teorías (Arenal, 1894. Párr. 30)

De manera coetánea, en Francia, Inglaterra y Alemania, se desarrollaba la naciente disciplina de la Psiquiatría, de diferente manera, pero teniendo en común el contexto del manicomio como centro neurálgico. Mientras que la tradición Francesa, se centraba más en la clasificación y las descripciones clínicas sin entrar en las causas, en Alemania sus inicios estuvieron marcados por la especulación filosófica y menos orientados por la praxis

(González, 2000a). Johann Christian Reil, acuña el término *Psychiatrie* y su obra sienta las bases de la disciplina marcando el inicio de la psiquiatría alemana y dando un impulso que haría florecer progresivamente el crecimiento de las instituciones asilares y su tratamiento moral³³. Feuchtersleben fue el primero en utilizar el término psicosis, en 1845, para referirse a aquellas afecciones mentales que comprometían a la personalidad en su totalidad, y atribuía su origen a una recíproca y compleja interacción entre lo físico y lo psíquico (Beer, 1996). Argumentaba que todas las psicosis son neurosis³⁴, en tanto en cuanto son producidas por los nervios, pero no todos los trastornos nerviosos son psicosis (Berrios, 1997). El término fue adoptado rápidamente por las corrientes materialistas, personificadas en Wernicke, que fueron transformando su significado original. Griesinger, funda la primera clínica universitaria, que trataba de desligar el estudio de toda especulación filosófica; las enfermedades mentales eran afecciones del cerebro. Estos planteamientos sirvieron a la expansión de la psiquiatría alemana a partir de la década de los 70 del siglo XIX, ganando peso la orientación organicista.

El término *Psicosis* se popularizó, fue creciendo e incorporando una mayor gama de desórdenes mentales de naturaleza “orgánica”, mientras que la clase *neurosis*, además de reducirse se redefinió aglutinando trastornos de carácter “psicológico”.

Según Berrios (1997) cuatro procesos interrelacionados y desarrollados en distintos momentos influyeron en esta deriva:

- El cambio en el concepto de enfermedad
- Las necesidades descriptivas resultantes de los requerimientos de la psiquiatría
- La necesidad de clasificación
- La adopción y caracterización del término psicosis

³³ Persistía, no obstante, una discusión entre si esta disciplina se encargaba del estudio de los nervios (soma) o de los trastornos del alma (psique), como propugnaba principalmente Reil, destacando de todos el tratamiento psíquico (González, 2000a; Torres- Ruiz, 2002).

³⁴ Incluía las afectaciones descritas y clasificadas por Cullen.

En el primer punto, fue consolidándose la visión anatómo-clínica de la enfermedad como un conjunto de síntomas, lesiones y con una historia natural. Morel (1809-1873) en cuanto al curso longitudinal de las enfermedades mentales destaca la hipótesis de la degeneración que viene caracterizada por una desviación, heredable familiarmente, que podía ser activada por factores externos (traumas, alcoholismo, infecciones) y que evolucionaba progresivamente a la decadencia (León, 2013; Torres-Ruiz, 2002). Lombroso (1836-1909) planteó el origen biológico de la criminalidad, identificable a partir de la fisiognomía.

En cuanto al segundo punto nace la semiología psiquiátrica, que actualmente conocemos como fenomenología, que se centraba en describir con detalle los síntomas, redefiniéndose con independencia de la enfermedad que caracterizaba. La naciente Psicopatología, crecía en la descripción de fenómenos y etiquetas, en las que no vamos a entrar en profundidad. Sin embargo las manifestaciones que empezaron a considerarse distintivas a la psicosis se fueron reduciendo; delirios, alucinaciones y desorganización del pensamiento y la conducta (Berrios, 1997).

La necesidad de clasificación para la psiquiatría, como rama de la medicina y como ciencia, fue fundamental. La botánica clasificó a las plantas, la zoología a los animales, y la medicina a las enfermedades. Contra los planteamientos que defendían las enfermedades mentales como una construcción social, era necesario encontrar invariantes “biológicas” y partir de concepciones filosóficas positivistas. El debate se recrudeció en este periodo para la definición de esta constante, entre los defensores de la “*Psicosis única*” y los abogaban por la clasificación. Entre aquellos que defendían que había solo una forma de locura o “psicosis”, que variaba en manifestaciones dependiendo de características individuales y cofactores ambientales; y aquellos que defendían que las diferencias dependían del cuadro de fondo

(Berrios, 1997). Los desarrollos posteriores al 1860, fueron desequilibrando la balanza hacia la segunda concepción.

Resultaría digno de análisis más extenso el éxito y la proliferación del término psicosis. Bien es cierto que, atendiendo a los procesos descritos, ante la voluminosa obra descriptiva de síndromes específicos, y sin haber ya dudas de la necesidad de clasificación, solo faltaba definir las líneas directrices. Esta necesidad de encontrar una visión más ajustada la encontramos en los trabajos de Kahlbaum, Wernicke y Kraepelin (Berrios, 1997). De la competencia en diferentes clasificaciones, se fue imponiendo la Kraepeliana, que basada en una sistemática observación construye una nosología descriptiva que definirá un cuadro general, donde la historia natural de la enfermedad y el pronóstico destacaban como criterios fundamentales (Mellor & Aragona, 2009).

En su obra *Psychiatrie* (1899), Kraepelin latiniza el término *Demencé Precocé*, utilizado por Morel³⁵, para establecer una nueva categoría de trastornos de carácter endógeno que contendría a su vez tres subtipos; la Catatónica, tomando de Kahlbaum (1874), la Hebefrenia descrito por Hecker (1871) y la Paranoica (Berrios et al., 2003). La *dementia praecox* fue “descubierta” por Kraepelin por la observación de la confluencia de síntomas característicos³⁶, inicio temprano y evolución progresiva e ininterrumpida que conduce a un deterioro cognitivo y emocional.

El mismo Año, Freud publica *La Interpretación de los sueños*, la obra que sienta las bases del psicoanálisis y de una nueva forma de concebir la mente humana.

³⁵ Utilizó el término para referirse a estados de déficit cognitivo observados en la adolescencia o poco después.

³⁶ Alucinaciones, delirios, desordenes afectivos, menoscabo de la atención, negativismo y comportamiento estereotipado (Merita et al., 1995, p. 123).

1.1.4. Siglo xx: cien años de luces y sombras

Los planteamientos de Freud influirían de manera destacable para impulsar la noción de *mente escindida*. Bleuler consideró que el rasgo característico de la *demencia precoz*, era la disgregación de las funciones psíquicas, y propuso en 1911 la utilización del término *Esquizofrenia* para referirse a estos trastornos (Álvarez & Colina, 2011; Berrios et al., 2003; Rodríguez & De Rivera, 1993). La esquizofrenia haría referencia a un grupo de psicosis de curso variable, con diferentes fases, que puede detenerse o retroceder en cualquiera de ellas, pero que no permite una completa recuperación. Sin embargo, más que el curso, lo que define la enfermedad para Bleuler son los que identificó como síntomas fundamentales, básicos o primarios. Estos incluyeron trastornos formales del pensamiento, alteraciones del afecto, alteraciones de la experiencia subjetiva del yo, ambivalencia y autismo. Los síntomas accesorios, o secundarios a estas alteraciones serían intentos psíquicos de restitución, reacción o defensa ante los síntomas fundamentales, y podían aparecer en forma de: trastornos perceptivos (alucinaciones), delirios, ciertas alteraciones mnémicas, modificación de la personalidad, agitación, agresividad, angustia, cambios en el lenguaje y la escritura, alteraciones motoras, manierismos, etc. (Merita et al., 1991; Rodríguez & De Rivera, 1993).

Bleuler, aporta una visión menos aciaga de la enfermedad que Kraepelin además de abrir espacios para contemplar el psiquismo y la subjetividad en la vivencia experiencial del enfermo³⁷ como proceso, lo que sin embargo³⁷, no le impidió separarse de una concepción neurobiológica. Al tiempo Karl Jaspers desarrollaba la psicopatología fenomenológica tratando las experiencias subjetivas de la “vida anímica enferma” e introducía aspectos tales como explicación y comprensión, reacción, desarrollo y proceso (González, 2000a)

³⁷ La psicoterapia en la psicosis nace en la clínica Burghölzli (Zurich) donde entre otros trabajaron Jung, Gross, Riklin y Biswanger, bajo la dirección de Bleuler. En el tratamiento se incorporaron elementos como la relación constante, análisis de la fuente de tensión, catarsis, reflexión, cambios conductuales, adaptación y consejo (García, 2008).

Tomar perspectiva histórica, nos permite dar testimonio de la antiquísima dicotomía cuerpo-mente, *soma-psyche*, en la explicación de las enfermedades mentales. En este periodo, el propio Wundt (1832-1920) considerado el padre de la Psicología, toma parte poniendo el énfasis en los procesos psicológicos y la experiencia inmediata. Así mismo, destacaba que no se podía entender el individuo aislado de la interacción social. Consideraba que la experiencia de la naturaleza peculiar de las conexiones psíquicas no podían derivarse de la causalidad fisiológica, sino atendiendo a la causalidad psíquica: esta última se experimenta, mientras que la causalidad física se concibe (Danzinger, 1979). Opuestamente, los desarrollos de Külpe, Titchener, y Ebbinghaus se adhirieron al positivismo filosófico de la ciencia y la Psicología fue redefinida como una ciencia natural que se debía ocupar de los fenómenos en su dependencia de un organismo físico.

La preponderancia de planteamientos mecanicistas oriento a la investigación hacia la búsqueda de la localización cerebral o causa física de las psicosis, y en coherencia hacia el descubrimiento de tratamientos somáticos. Las hipótesis degenerativas acompañaban cierto nihilismo terapéutico que pronto empezaría a recibir críticas generalizadas. La psiquiatría moderna debía de ofrecer respuestas satisfactorias sobre su eficacia proliferando una multitud de teorías y procedimientos³⁸, que además de caracterizarse por presentar en sus resultados un sesgo positivo y minimizar sus efectos secundarios (Plumed & Rojo, 2010) soslayaban principios fundamentales de rigor científico y ético. Procedimientos que, en la actualidad, podemos considerar igual o más aberrantes que el uso de sanguijuelas, enemas y otros purgantes utilizados en la tradición greco-romana.

³⁸ Grosso modo, las siguientes: En primer lugar aquellas orientadas a producir fiebre elevada o denominadas piroterapias: Reacción leucogénica mediante nucleínatos, abscesos de fijación producidos por inyecciones de trementina, malarioterapia, vacuna tífica y administración de aceites sulfurados. En segundo lugar, tratamientos de choque, que generaban intensas convulsiones por administración de Cardiazol, por coma insulínico o cura de Sakel o a través descargas eléctricas, la popular Terapia Electro Convulsiva. En tercer lugar la psicocirugía; diferentes procedimientos de los que destacan la leucotomía., por la que Edgard Moniz recibió el premio Nobel. Freeman “mejoró” la técnica y la realizó indiscriminadamente y de forma ambulatoria (Garrabé, 2000; Pigem, 1945; Plumed Domingo & Rojo Moreno, 2010).

Así mismo, y en coherencia con la línea preponderante, desde el 1900 hasta el 1938, en sus cinco primeras ediciones, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS solo incorporó las enfermedades mentales de causa “orgánica” (Barrio, 2009).

Hay que esperar a la segunda mitad del siglo XX para encontrar un abordaje de la psicosis esquizofrénica desde la psicología comprensiva. El periodo de post guerra y sus consecuencias influyeron en el resurgir de nuevos cuadros de aparición tardía que solo se podían explicar como resultado de la experiencia traumática o dificultades concomitantes. A su vez, los psiquiatras que habían sido militarizados que habían constatado la influencia de los factores sociales y grupales en la salud mental trataron de aplicar su experiencia en la sociedad civil (González, 2000a).

La consolidación y expansión del psicoanálisis tomó un fuerte impulso en EE.UU al acoger un gran grupo de eminentes autores que escaparon del nazismo en los años 30. Algunos de ellos fueron desarrollando un rumbo independiente, alejándose progresivamente de la ortodoxia Freudiana. Masserman³⁹ y Carmichel (1938) ponen en relieve la rigidez y la ortodoxia de las clasificaciones psiquiátricas y la necesidad de reevaluación de los pacientes que en su estudio había recibido erróneamente un diagnóstico de esquizofrenia⁴⁰. Además la teoría de las relaciones interpersonales de Harry Stack Sullivan tuvo una gran importancia en la psiquiatría americana. Frieda Fromm-Reichmann, desarrolla las ideas de Sullivan sobre la relación materno-filial, acuñando el polémico término *Madre esquizofrenógena*⁴¹, aunque su

³⁹ Antecedente claro de futuras propuestas que destacan la influencia de factores sociales y culturales en la enfermedad mental (Patiño, 2006).

⁴⁰ El Noruego Gabriel Langfeldt en 1939 evaluó una muestra de 100 pacientes con posible esquizofrenia, encontrando que solo 45 de ellos desarrollaron la enfermedad, del resto; 25 mejoraron y 35 se recuperaron completamente. Su estudio le permitió introducir el término psicosis esquizofreniformes para diferenciar aquellas que tenía mejor pronóstico, destacando variables como la edad de inicio y la aparición frente a aspectos traumáticos desencadenantes (Beer, 1996).

⁴¹ “*el esquizofrénico es dolorosamente desconfiado y resentido frente a otras personas, debido a la severa deformación y al rechazo que ha padecido tempranamente de manos de personas importantes, en su infancia y niñez, por lo común principalmente de una madre esquizofrenogénica*” (Fromm-Reichmann, 1948:70, citado en Delahanty, 2006).

aportación fundamental fue el desarrollo y aplicación de una técnica psicoanalítica para la esquizofrenia (Delahanty, 2006). Aunque sin duda, la figura que hay que destacar es la de Adolf Meyer⁴² (1951), que fue capaz de integrar las funciones de docencia, investigación y asistencia de los pacientes. Meyer formó a dos generaciones de psiquiatras, elevó los niveles de calidad del diagnóstico y el tratamiento, y realizó una extensa investigación en neuroanatomía, neuropatología y psiquiatría. Sus principales contribuciones incluyen la propuesta de la doctrina de la psicobiología, la estandarización de las historias de casos, la reforma de los manicomios estatales y la contribución a la fundación del movimiento de higiene mental (Alanen et al., 2008).

Tras la segunda guerra mundial la OMS forma una división de Higiene Mental y en 1948, la CIE publica su primera inclusión de enfermedades propiamente mentales (Barrio, 2009). Sus informes influyen considerablemente en la mayoría de países, coordinando estudios y propugnando unificar criterios en la nosología y el tratamiento.

Maxwell Jones personifica el desarrollo teórico de la comunidad terapéutica⁴³ en Gran Bretaña, dónde se potenció el tratamiento ambulatorio, la asistencia social y la creación de estructuras extrahospitalarias en 1947. Se abrieron la puerta de algunos hospitales además de potenciarse de manera extraordinaria la creación de talleres ocupacionales con trabajo productivo y remunerado para los pacientes (Desviat, 2020).

⁴² Describió la Esquizofrenia como como un tipo de reacción de ciertas personalidades a consecuencia de situaciones conflictivas, dificultades de adaptación y complejos (Merita et al., 1991).

⁴³ Como antecedente, en 1943 Wilfred Bion y John Rickman organizaron a los enfermos del hospital de Northfield (Reino Unido), soldados con trastornos mentales, en grupos de discusión, observando las relaciones que establecían entre sí, instándoles a participar en el gobierno del centro (Desviat, 2020). Jones utilizó el psicodrama, la terapia social y ocupacional. Destacan los revolucionarios principios que rigen la comunidad: Libertad de comunicaciones a distintos niveles y en todas las direcciones. Análisis en términos de dinámica individual e interpersonal de todo lo que sucede en la institución (reuniones diarias de pacientes y personal, psicoterapias de grupo).Tendencia a destruir las relaciones de autoridad tradicionales. Ambiente de máxima tolerancia. Actividades colectivas (bailes, fiestas, excursiones, etc.). Presencia de toda la comunidad en las decisiones administrativas del servicio.

Sin embargo, la introducción de los psicofármacos en este periodo significó la mayor revolución en el campo de la psiquiatría, llegando en poco tiempo a formar parte imprescindible del tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas y contribuyendo a posibilitar el alta de los hospitales, reduciendo su tamaño y el número de pacientes hospitalizados (León, 2013). El nacimiento de la psicofarmacología moderna al tiempo que permitía la desinstitucionalización, la atención ambulatoria y la incipiente labor comunitaria, volvía a despertar el interés de la investigación psiquiatría hacia las causas biológicas de la enfermedad mental.

Por otro lado, la tradición psiquiatría alemana tuvo continuidad en la identificación de signos o síntomas que permitieran un diagnóstico de los cuadros psiquiátricos con mayor fiabilidad. En este sentido el autor que se distinguió de manera más notable fue Kurt Shneider, proporcionando una influyente caracterización de la esquizofrenia. Partiendo de la concepción de Jaspers que, eludiendo toda referencia a evolución y diagnóstico, y por mera observación clínica, desprovista de base teórica, planteó llegar al diagnóstico a través de la observación de unos síntomas que consideró patognomónicos⁴⁴ y a los que denominó de “primer orden” (Novella & Huertas, 2010).

Aunque de manera pragmática y con total asepsia, Shneider incorporaba a la visión degenerativa Kraepeliana y a la desorganización bleuleriana, las manifestaciones que los psiquiatras franceses habían definido como *xenopatía*⁴⁵, como un rasgo común de las

⁴⁴ Cuya presencia, en ausencia de trastorno de la conciencia o de patología cerebral orgánica, puede asegurar que está presente la enfermedad. Tal como formuló en 1959 en su *Psicopatología clínica*, los siguientes: Pensamientos audibles (eco del pensamiento); Voces que dialogan entre sí; Pensamientos audibles (eco del pensamiento); Voces que comentan sobre el paciente; Robo del pensamiento; Difusión o radiación del pensamiento; Inserción del pensamiento; Vivencias de pasividad e influencia; Vivencias de imposición de afectos o emociones; Imposición de acciones y movimientos; Imposición de impulsos, deseos y actos voluntarios y Percepción delirante (Rodríguez & De Rivera 1993).

⁴⁵ Viene descrita por la experiencia de extrañeza e imposición de una ajениdad que domina el lenguaje, el pensamiento, los actos y los sentimientos. Es un término de uso muy escaso que viene definido por las descripciones de vivencias alucinatorias y delirantes que vinieron descritos por algunos psicopatólogos

esquizofrenias. La pérdida de los límites del Yo, la permeabilidad de la frontera entre el Yo y el mundo, entre el Yo y el otro.

En 1961, Foucault publica su primera edición de *Historia de la locura en la época clásica*, obra de determinante influencia en el pensamiento contemporáneo. La construcción de las “verdades” se ven mediatizadas por los órdenes sociales y sus relaciones de poder, creando discursos dominantes en cada periodo temporal. De esta manera, la locura y su periferia, no puede entenderse desde los parámetros de las ciencias naturales, como un fenómeno inmutable, sino como un fenómeno en transformación, “*marcado por la cultura y promovido por la historia, que establece los perímetros de la identidad y la dimensión de los desgarramientos del sujeto que van sucediendo en cada época*” (Álvarez & Colina, 2011. p. 14)

En esta línea, y momento histórico se va perfilando en Inglaterra un movimiento o corriente contrario a las herramientas tradicionales de la psiquiatría para la clasificación, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Movimiento en contra de la violencia institucional que, nutriéndose de las experiencias de la comunidad terapéutica, va más allá cuestionando la institución y las relaciones de poder en la misma. Ronald Laing recoge los estudios sobre esquizofrenia de la escuela de Palo Alto, la influencia de Winnicott⁴⁶ y la conciencia crítica naciente de la fenomenología existencial que acompañó el movimiento contracultural, nutriendo de contenido teórico el movimiento y sus acciones⁴⁷. Cooper utiliza por primera vez el término *Antipsiquiatría* en 1967 para describir una

franceses; *Automatismo Mental* de Clerenbault, *Delirio de influencia y alucinación verbal* de Seglós y *síndrome de acción exterior* de Claude (Álvarez & Colina, 2011).

⁴⁶ El interés versado por el autor en el abordaje psicoanalítico de la psicosis a través del concepto del falso-self, las relaciones de crianza y familia y la orientación terapéutica de construcción, reparación y restitución a través de la creatividad, modo de expresar y reconocer el verdadero self.

⁴⁷ Como la que el propio Laing acompañó en el Kingsey Hall, centro que albergó a 100 residentes y se convirtió en un eslabón en la cadena de centros de "contra cultura" y abriendo sus puertas a Grupos de teatro, experimental, científicos de la Nueva Izquierda, clases de la Anti-universidad de Londres, líderes del movimiento comunal, poetas de vanguardia, artistas, músicos, bailarines y fotógrafos (Schatzman, 1972).

experiencia en el pabellón psiquiátrico del hospital de Londres, dónde la parte activista toma un papel fundamental. Del movimiento se destaca que los hechos han de hacerse visibles a la sociedad, no se pueden quedar en experiencias marginales, y es fundamental mostrar un cambio de concepción de la locura, no como una enfermedad, sino como una oportunidad para reconstruirse (Desviat, 2006). Valga a modo de síntesis este fragmento de Szasz (1961, p. 117):

Si bien he argumentado que las enfermedades mentales no existen, obviamente no he insinuado que los sucesos sociales y psicológicos a los que se les pone esta etiqueta no existan... Se trata de sugerir que los fenómenos que ahora se denominan enfermedades mentales se consideren de nuevo y con mayor sencillez, que se eliminen de la categoría de enfermedades y que se consideren como expresiones de la lucha del hombre con el problema de cómo debe vivir.

La experiencia transformadora de Franco Basaglia en el manicomio de Gorizia inició las reformas adoptadas para liberar a los pacientes de los asilos en Italia propiciando cambio un epistemológico desde el cuestionamiento de las instituciones psiquiátricas y los tratamientos tradicionales⁴⁸ (Serapioni, 2019).

De este sustrato y en paralelo, como sucedió en EE.UU⁴⁹ y Gran Bretaña, nacen las primeras reformas psiquiátricas que orientaron la intervención al abordaje en la comunidad empezando a apostar por una progresiva desinstitucionalización de la asistencia psiquiátrica. Estas reformas se fueron produciendo gradualmente, con diferentes velocidades y de diferente forma, dependiendo siempre de los recursos de cada contexto.

⁴⁸ La experiencia fue más allá de la abolición de las contenciones físicas y de la humanización de la atención, se trataba de dismantlar el sistema del manicomio, desjerarquizándolo y destecnificándolo: Devolver al paciente la potestad de tomar decisiones sobre su propio tratamiento, gestión asamblearia y simétrica entre técnicos y enfermos. Los técnicos estaban formados para desarrollar interesantes espacios simbólicos y creativos como teatro en la calle y otras performance reivindicativas. Las puertas estaban abiertas para la participación de artistas y voluntarios de la comunidad (González, 2000a; Serapioni, 2019).

⁴⁹ En 1963 se aprueba la Ley de Centros Comunitarios de Salud Mental (González, 2000a).

Por ejemplo en EE.UU la coordinación de los recursos y la incorporación de empresas u organismos públicos y privados resulto necesario para cubrir con garantías los efectos de la desinstitucionalización y abrir nuevos dispositivos de atención. Loren Mosher como director del Centro de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Salud Mental (1966-1980) desarrolló el modelo Soteria⁵⁰ con dos proyectos de investigación con financiación federal (Alanen et al., 2008). Mosher en los resultados de sus investigaciones plasmó datos reveladores sobre la relativa necesidad de los tratamientos farmacológicos y los efectos adversos de los mismos.

Lamentablemente, estas iniciativas se quedaron como experiencias aisladas, y en la mayoría de los casos las instituciones se caracterizaban por cuidados prácticos para tratar a los enfermos mentales orientados a la seguridad y el conservadurismo, poniendo más empeño en cubrir los cuidados que en la calidad de los mismos (Pileño et al., 2003). En otros casos la desinstitucionalización se realizó de manera salvaje, cerrando hospitales sin haber llevado a cabo un desarrollo de servicios que dieran respuesta a las necesidades de las personas afectadas, en detrimento de aquellos pacientes más graves que requerían una atención continuada (González, 2000b).

Coincidiendo con el desencanto del reformismo y con la crisis del psicoanálisis, hubo un renovado interés por prácticas o técnicas, que si bien no se habían abandonado, habían quedado relegadas del discurso dominante (González, 2000a). La medicación era ampliamente utilizada y considerada como un tratamiento imprescindible en la esquizofrenia y otras psicosis. El retorno al objetivismo médico, se hizo patente en la necesidad de unificar criterios diagnósticos, requiriendo a las asociaciones nacionales de psiquiatría que utilizaban

⁵⁰ El objetivo era investigar los efectos de una terapia ambiental de apoyo («estar con») en individuos con un diagnóstico de «esquizofrenia» que experimentaban episodios psicóticos agudos por primera o segunda vez en su vida, sin medicación en algunos casos o dosis mínimas, individualizando el tratamiento en función de la respuesta a los neurolépticos (Bola & Mosher, 2002).

una clasificación oficial que modificasen las revisiones taxonómicas para hacerlas compaginar con el capítulo correspondiente de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La American Psychiatric Association (APA), sin embargo, publicó en 1980 su famosa III versión, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), que incorporó dos grandes novedades: la explicitación de los criterios con los que se construyen las categorías y el diagnóstico multiaxial, ubicando aquellas alteraciones que presentaban dificultades diagnósticas (Barrio, 2009). Los autores, siguiendo las concepciones, garantizaban la asepsia científica construyendo una clasificación ateórica, si bien Garrabé (2000) cuestiona este precepto advirtiendo que lo propio de la ciencia es apoyarse en teorías, y además constata que en cada categoría diagnóstica hay teorías implícitas. Destacan en estas teorías “implícitas” el progresivo cambio de lenguaje, sobre todo la revisión del *DSM-III* (APA, 1987) y de forma notoria en el *DSM-IV* (APA, 1994), asimilando el progreso de la llamada psiquiatría biológica y la acomodación del cognitivismo como paradigma dominante en la psicología científica al asimilar el conocimiento del funcionamiento de la mente, cerebro, a condiciones científicamente instrumentalizables.

La concepción del ser humano asume la analogía del ordenador, el hombre como procesador de la información del entorno; dónde el hardware es el cerebro y el software el aprendizaje. La enfermedad mental, en el paradigma Cognitivo Conductual, resulta ser un fallo, un error en los procesos, un déficit en las funciones. La locura, sinónimo de irracionalidad, y el tratamiento la reeducación, la rehabilitación de esas funciones menoscabadas.

En el terreno práctico, las reagudizaciones de las personas diagnosticadas de esquizofrenia y los re-ingresos a medio-largo plazo requerían de una explicación en EE.UU.

Así, en la línea de Mosher, no fueron pocos los estudios que encontraron correlaciones positivas entre dosis de neuroléptico administrado y tasa de recaídas. Algunos de ellos, además, esgrimían argumentos biológicos, desde la hipótesis de la compensación⁵¹, que hacía loable defender que algunas personas desarrollaban por el propio tratamiento farmacológico una vulnerabilidad biológica a la psicosis (Whitaker, 2005).

Otra línea de investigación (Brown et al., 1972; Vaughn & Leff 1976) “descubría”⁵² la influencia de factores de estrés en el agravamiento de los síntomas psicóticos, las recaídas y la necesidad de rehospitalización. Entre los factores de estrés aparecían de manera destacada aspectos relacionados con los comportamientos manifestados por los familiares que convivían con el paciente; comentarios de crítica, hostilidad y sobreprotección. Estos venían descritos y operacionalizados a través del constructo *Emoción Expresada*.

Zubin & Spring (1977) integrando estos desarrollos proponen un “nuevo” punto de vista como explicación de la Esquizofrenia. El modelo de la vulnerabilidad-estrés, plantea la existencia de una predisposición genética o adquirida durante el neuro-desarrollo dónde los síntomas de la enfermedad podrían ser desencadenados por la presencia de estresores ambientales. Las Psicosis dependerían entonces de la confluencia entre factores constitucionales de vulnerabilidad y circunstancias vitales generadoras de estrés. Entre los marcadores de la vulnerabilidad se incluirían el déficit en el procesamiento de la información, las Habilidades Sociales y el procesamiento de las señales afectivas.

⁵¹ Los neurolépticos bloqueaban entre un 70% y un 90% de los receptores dopaminérgicos y el cerebro, para compensar debía aumentar como mínimo un 30% de la densidad de los receptores D. (Chouinard, Jones, & Annable, 1978 ; Chouinard & Jones, 1980 en Whitaker, 2005).

⁵² Más descubrir, sería más apropiado decir que fue una asimilación o reformulación de hallazgos que han venido constatándose y describiéndose desde las primeras disensiones de la ortodoxia Freudiana. Partiendo de Alfred Adler, pasando por Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm Reichmann, la escuela Kleniana y los desarrollos de posiciones intermedias de la escuela Inglesa, como por ejemplo los trabajos de Winnicot, Bowlby. Así mismo cabría mencionar a El grupo de palo Alto, destacando a Watzlawick y a Bateson con la teoría del “*doble vínculo*”. Desde posiciones sistémicas, pusieron el foco en la comunicación y en la estructura de la familia, la persona diagnosticada resultaba ser un *paciente identificado* dentro de un sistema con patrones “disfuncionales”.

El modelo de vulnerabilidad-estrés, si bien supone la superación de planteamientos radicalmente biológicos, asimila el carácter fundamentalmente endógeno de la enfermedad y se acomoda a los parámetros del positivismo lógico. De hecho, toda investigación posterior sobre la etiología de la esquizofrenia así como el desarrollo de programas de intervención terapéutica ha estado influida por este modelo (Lemos et al., 2010).

En cuanto a los parámetros clínicos de la esquizofrenia se consolidaría el marco conceptual convencional Kraepelin-Bleuler-Schneider, adaptándose propuestas con cierta implicación en la etiología, tratamiento farmacológico y curso, como la que apostaba por la diferenciación entre los síntomas positivos y negativos (Andreasen 1982; Crow, 1980).

Los síntomas positivos, identificándose con manifestaciones añadidas al funcionamiento pre-mórbido, corresponderían a síntomas floridos, como delirios, alucinaciones y pensamiento desordenado, superpuestos al estado mental. El predominio de sintomatología positiva o tipo I, estaría asociado a mejor ajuste pre-mórbido, inicio agudo, buena respuesta a neurolépticos, remisión entre fases y mejor pronóstico.

Los síntomas negativos, venían caracterizados por déficits en las funciones cognitivas, afectivas y sociales, incluyendo el embotamiento afectivo y el retraimiento pasivo. El predominio de sintomatología negativa o tipo II, se asociaría a historia pre-mórbida de dificultades, inicio insidioso, escasa respuesta al tratamiento farmacológico y peor pronóstico (Merita et al., 1991).

Siendo indudables estos y los sucesivos avances en la comprensión y tratamiento farmacológico de la esquizofrenia y otras psicosis, no podemos dejar de advertir que parten de un modelo del déficit. Tampoco podemos dejar de contemplar, sin intención de entrar en debates vacuos, que el objetivismo médico y muchas de sus evidencias son perpetuadas,

sustentadas y sufragadas por el lobby farmacéutico⁵³. Lejos de tener la intención de ofrecer datos empíricos para demostrar que la asepsia científica, en algunos casos no es más que pretendida y no está exenta de sesgos y subjetividades. Tomar perspectiva y distancia histórica para acoger la locura y su periferia, nos ha de permitir acogerla con toda su complejidad. Consideramos fundamental para entender la problemática psiquiátrica, no perder de vista los condicionantes existenciales, sociales, políticos e ideológicos. Para ello es imprescindible, como advierte González (2000a, p. 40) “*No olvidarnos de todos los esfuerzos realizados para captar al sujeto y su relación problemática con el lenguaje, con lo simbólico y con los demás*”. Consideramos importante, no dejar de lado, no escindir, del propio concepto de la locura, la vivencia subjetiva de la persona, sus razones para escapar de la “realidad” y su lucha por recuperar el verdadero sentido de su existencia.

Ante una realidad compleja, tenemos la obligación ética y moral, de no conformarnos con respuestas parciales, atomistas y disociadas. Creemos, aún conscientes del desafío y la dificultad, que deberíamos encontrar vasos comunicantes, caminos comunes, correspondencias entre las diferentes perspectivas, saberes y realidades para aportar el mejor conocimiento y abordaje posible de la locura.

1.2. CONCEPTUALIZACIÓN

Antes de atender a los criterios diagnósticos queríamos indicar que en el apartado anterior hemos venido soslayando la evolución de la *manía* como concepto antiguo afín a la locura. Las transformaciones del significado de término se han venido produciendo fundamentalmente en la diferenciación y en la descripción de manifestaciones clínicas características. En nuestros días, la *manía*, viene definiendo un estado de ánimo persistente y anormalmente elevado, expansivo o irritable acompañado de niveles elevados de actividad. La

⁵³ Cerca del 10% del PIB en EE.UU corresponde al I+D de las empresas farmacéuticas.

manía es en la actualidad entendida y descrita como un estado, o como una fase, susceptible de caracterizar los denominados Trastornos Bipolares, evolución terminológica de la *psicosis maniaco depresiva* descrita por Kraepelin. Tanto la CIE como el DSM asumieron el supuesto kraepeliniano de que hay enfermedades mentales diferenciadas, lo cual implica que los pacientes no deben cumplir los criterios de más de un diagnóstico. De esta manera se han ido distinguiendo los trastornos de carácter psicótico o Espectro de la Esquizofrenia, de los trastornos afectivos, con o sin alteraciones del juicio de realidad. Sin embargo la solución dicotómica Kraepeliana, pareció funcionar solamente sobre el papel. Durante la primeras décadas del siglo XX aparecían descritas otras formas de psicosis que no encajaban en la estricta clasificación, por lo que fueron presentadas de manera independiente (Van der Heijden et al., 2002). De ellas cabe destacar, aquellas formas “benignas” de la esquizofrenia o de la psicosis maniaco depresiva, denominadas respetivamente por Kleist psicosis atípicas y psicosis cicloides (Beer, 1996). Así mismo aparecían otras formas que se podían considerar intermedias al combinar síntomas típicos de la esquizofrenia y de las manifestaciones afectivas. Kasanin desde 1933 empieza a utilizar el término psicosis esquizoafectiva para referirse a aquellos pacientes, con buen ajuste premórbido, que en un principio parecían “ser esquizofrénicos” pero que después se recuperaban (Alanen et al., 2008; Arenas & Rogelis, 2006; Marneros, 2015). La caracterización primigenia incorporaba a aquellos pacientes con características atípicas en el desarrollo de los síntomas que dificultaba realizar el diagnóstico diferencial, cumpliendo los criterios tanto para la esquizofrenia como para los trastornos afectivos. Desde entonces, la concepción se ha ido modificando al ritmo de la investigación orientada a justificar dónde incluir el trastorno; dentro del espectro afectivo, como parte del grupo de las esquizofrenias o como una entidad independiente. Progresivamente se fue abandonando el carácter transitorio de la psicosis esquizoafectiva, resolviendo, en resumen,

un curso hacia la cronicidad con un deterioro intermedio entre la esquizofrenia y el trastorno bipolar. El debate a este respecto, y la confusión nosológica sigue sin resolverse. Si bien por el curso, sus características clínicas y pronóstico el trastorno parece presentar, según algunos autores, más afinidad con las psicosis afectivas, en las clasificaciones vigentes aparece subsidiario de las psicosis relacionadas con la esquizofrenia. Parece haber consenso en indicar que las alteraciones neurocognitivas de los pacientes esquizoafectivos se presentan con mayor intensidad que las observables en el trastorno bipolar (Torrent et al., 2007). Algunos autores relacionan este gradiente defectual con la existencia de una genética de riesgo compartido para el trastorno bipolar, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo lo que justificaría una probable continuidad entre los distintos cuadros psicóticos (Cardno & Owen, 2014; Lermenda et al., 2013). No obstante, esto no deja de ser una hipótesis, y no resolvería del todo el dilema teórico y nosológico actual, en el que prevalecen las clasificaciones categoriales.

Lo cierto es que el dramatismo con el que se presenta en cuadro, la afectación en la vida personal, la limitación en las diversas áreas de funcionamiento y la dificultad para integrarse en la sociedad está fuera de todo debate. En coherencia, es cada vez más frecuente encontrarse en centros de rehabilitación pacientes que tras un periplo de ingresos acompañados de cambios y virajes en su diagnóstico terminan con esta etiqueta. Así mismo, la consideración de mejor pronóstico que la esquizofrenia, no es tan evidente en la práctica clínica. El polimorfismo⁵⁴ sintomático y la complejidad inherente en la confluencia de recidivas afectivas, dificultan el ajuste del tratamiento farmacológico y la adhesión a los programas de carácter psicosocial.

Bien es cierto, que asumiendo premisas de afectación y complejidad, el abanico de la *locura* se podría abrir perfectamente a otras manifestaciones de carácter psíquico y a otros

⁵⁴ Entendido aquí como el cambio entre los diferentes tipos de episodios durante el curso a largo plazo. En el trastorno Esquizoafectivo, esto no es una excepción, sino un fenómeno muy común (Marneros, 2015)

grupos de población con déficits y dificultades similares que requieren un plan de intervención específico. Personas con la necesidad de una atención especializada, por la cantidad y gravedad de las dificultades que presentan en diferentes áreas, que pueden ofrecer los distintos recursos de atención en salud mental y socio-comunitaria. Algunos autores consideran más acertada la utilización genérica del término Trastorno Mental Grave (TMG), en sustitución de lo que venía denominándose como “*crónico*”, por ser este último impreciso, desajustado y demasiado dependiente del modelo manicomial (López & Laviana, 2007). Para Gallach & Huertas (2000), a diferencia de lo que ocurre en la enfermedad física, donde el término grave compromete la vida del sujeto, en el trastorno psiquiátrico esa gravedad se define por las repercusiones que va a tener la alteración en su propia vida y la de sus familiares, ya que, a la evolución natural de la dolencia, se le suman como factores *cronificantes*: el deterioro producido por el tratamiento, la incompreensión y el hándicap social que perpetúan el aislamiento.

López & Laviana (2007) exponen que, a pesar de la heterogeneidad con que se define el término TMG, puede constatar en la bibliografía un acuerdo sobre las dimensiones que deben tenerse en cuenta para su definición operativa:

- a. Una *sintomatología* que podría resumirse, en términos generales, como "*psicótica*", en la medida en que genera dificultades de captación de la realidad y de manejo, entre otras cosas, de las relaciones interpersonales. Lo que, traducido a diagnósticos, suele incluir fundamentalmente la Esquizofrenia y otras psicosis delirantes (grupo diagnóstico mayoritario), psicosis afectivas y algunos tipos de trastornos de personalidad (los más "*cercanos*" a las psicosis).

- b. Una *evolución prolongada* en el tiempo (fijada habitualmente en más de dos años), lo que implica una utilización continuada o muy frecuente de distintos tipos de recursos sanitarios y sociales, entre los que se hace hincapié en los de hospitalización.
- c. Un componente de *discapacidad*, que suele medirse con instrumentos estandarizados y que implica la presencia de alteraciones en varios aspectos funcionales, como el alojamiento, la conducta social, el funcionamiento en la vida cotidiana, las relaciones sociales y el empleo.

Si bien estas consideraciones pueden bastar para hacerse una idea del perfil general de los usuarios de un recurso asistencial, la primera dimensión a efectos prácticos se permeabiliza siendo muy común encontrar cuadros graves de trastorno obsesivo compulsivo, trastornos afectivos sin síntomas psicóticos, trastornos de la personalidad “*no cercanos a las psicosis*”, o pertenecientes a otros grupos relacionados con síntomas ansiosos o histriónicos, trastornos somatomorfos y trastornos disociativos graves. Diagnósticos que afectarían a personas que, cumpliendo además las otras dos dimensiones, forman parte y estarían incluidas en el circuito asistencial en nuestro contexto inmediato. Esta matización, más que atender al tipo de sintomatología, responde a las consecuencias que la misma produce sobre aspectos relacionados con el desarrollo de las capacidades de la vida diaria, autonomía y adaptación al contexto, tanto desde una perspectiva comunicacional, social o laboral. En definitiva, el término TMG engloba personas diagnosticadas de una alteración mental, cuya sintomatología, en conjunción con otros factores intelectuales, culturales, sociales o familiares, presenta un curso incapacitante y de larga evolución que interfiere de manera significativa en su funcionamiento general.

No obstante, si bien era necesario integrar esta consideración; dados los objetivos de nuestro estudio nos hemos visto obligados asumir una acotación de las consideraciones de

diagnóstico de la primera dimensión. De esta manera, contemplando a personas caracterizadas por sus experiencias *psicóticas*, atendiendo estrictamente al diagnóstico, debemos desestimar los trastornos de personalidad, los trastornos del espectro afectivo y las formas breves dentro del espectro psicótico.

Esto no significa que la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo no sigan representando un reto para su adecuada caracterización (Arenas & Rogelis, 2006; Bentall, 2006; Jaramillo, 2021; Lermada et al., 2013; Torres- Ruiz 2002). A pesar de los intentos rigurosos por construir diagnósticos fidedignos, las dificultades fundamentales relacionadas con la selección de signos y síntomas relevantes y la posterior validación de entidades sindrómicas todavía persisten (Heinze, 1996; Marsá & Aragona, 2009; Van der Heijden et al., 2002;).

Estos esfuerzos se han realizado recientemente, en el caso en particular de la esquizofrenia, pues los cambios incorporados en su conceptualización en la última edición de la CIE-11 la hacen más similar a la establecida por el DSM V (Valle, 2020).

En los epígrafes siguientes, además de describir los criterios diagnósticos de la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo, integraremos aspectos complementarios sobre etiología, epidemiología y tratamiento.

1.2.1. Criterios diagnósticos

1.2.1.1. Esquizofrenia

Exponemos a continuación los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia según el DSM-V (APA, 2013).

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si se trató con éxito):

1. Ideas delirantes

2. Alucinaciones

3. Discurso desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).

4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia)

B. Durante una parte significativa de tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, están muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis ha de incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se trató con éxito) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, has estado presentes sólo durante un mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o de a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno des espectro del autismo o un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si las ideas delirantes o las alucinaciones también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

1.2.1.2. Trastorno Esquizoafectivo

Exponemos a continuación los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia según el DSM-V.

A. Un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor) concurrente con el Criterio A de esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor ha de incluir el Criterio A1: Depresión del estado de ánimo.

B. Delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo) durante todo el curso de la enfermedad.

C. Los síntomas que cumplen los criterios de un episodio mayor del estado de ánimo están presentes durante la mayor parte de la duración total de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) u otra afección médica.

1.3. ASPECTOS ETIOLOGICOS Y EPIDEMIOLOGICOS

Los avances en las técnicas de neuroimagen nos están permitiendo tener cada vez mayor conocimiento sobre el funcionamiento cerebral. Innovaciones que nos permiten establecer conexiones entre áreas específicas y las respuestas de nuestro organismo a la estimulación externa. Nos permiten identificar circuitos neuronales que están asociados a determinados procesos cognoscitivos, interpersonales y emocionales, así como su relación con los principales neurotransmisores, su interacción entre ellos y el comportamiento de sus receptores. Desde la década de los 90, la investigación e interés en este campo ha crecido de manera exponencial, y en paralelo sus publicaciones, de entre ellas aquellas dirigidas a esclarecer desde esta perspectiva el origen de la Esquizofrenia. Tal y como indican Read et al. (2009) muchas de estas investigaciones ignoraron, aun asumiendo el modelo de

vulnerabilidad, las causas psicosociales o fueron relegadas a un papel detonante o exacerbador de una vulnerabilidad genética. El autor expone una ratio de 16 a uno, los estudios sobre etiología biológica sobre los centrados en factores psicosociales.

Sin embargo, sigue sin demostrarse la existencia de marcadores biológicos para la esquizofrenia y en coherencia, hasta nuestros días, no es posible la detección o el diagnóstico del trastorno de manera empírica a través de pruebas complementarias. Sin ir más lejos y solo por poner un ejemplo, la Hipótesis dopaminérgica, que sustenta o mejor dicho ha sido sustentada por los efectos del tratamiento antipsicótico, se ha puesto recientemente en tela de juicio. McCutcheon et al. (2021) muestran a través de un meta-análisis que las diferencias en la actividad dopaminérgica entre personas de alto riesgo para la psicosis y un grupo control, no alcanza la significación estadística.

Por otro lado, la hipótesis sobre la existencia de una específica predisposición genética para la esquizofrenia, la resumen Read et al. (2009) como uno de los callejones sin salida más costosos de la historia de la medicina.

En cuanto a los estudios neuroanatómicos y funcionales, podríamos decir lo mismo. Si bien hay hallazgos consistentes, ninguno de ellos se puede considerar un aspecto necesario y suficiente para la esquizofrenia (Keshavan et al., 2011). Así, como ocurre en la investigación genética, acumula una cantidad de datos que implican tantas estructuras cerebrales, circuitos neuronales y neurotransmisores, que la evidencia acumulada más que como un aumento del conocimiento sobre las causas se puede entender como un signo de incertidumbre y confusión (Maj, 2011).

En definitiva, ¿no sería una prueba más de la complejidad del trastorno y la imposibilidad de reducirla a aspectos físicos concretos y específicos? Rizar el rizo para llegar a la conclusión de una causa multifactorial. La falta de integración de estos hallazgos

fisiológicos parece evidenciar la presentación heterogénea de la esquizofrenia, donde estos descubrimientos podrían ser explicados como la influencia de eventos externos, vivenciales, biográficos del propio sujeto en conexión con un contexto socio-cultural particular. En este punto, jugarían un papel fundamental las experiencias de riesgo en el neurodesarrollo, y cabría integrar los hallazgos de la epigenética. Los aportes de esta disciplina en el conocimiento del desarrollo humano son indudables. La evidencia epidemiológica y clínica sobre la neuropatogénesis de la esquizofrenia y el trastorno bipolar ha llevado a sugerir que los mecanismos epigenéticos⁵⁵ pueden desempeñar un papel importante en la aparición de las psicosis (Duffy et al., 2019; Mendizabal et al., 2019).

Así, de este modo, los avances en neurociencia que han identificado el papel de los circuitos clave⁵⁶ en el desarrollo de los síntomas positivos, negativos y cognitivos, y otras alteraciones fisiológicas (Habtewold et al., 2020) tendrían más sentido para ser explicadas que para servir de explicación de la esquizofrenia (Pérez-Álvarez, 2012).

Desde una perspectiva integradora, pero invirtiendo el orden de influencia de los factores surge el *modelo socioevolutivo* (Morgan & Hutchinson, 2010). Desde esta perspectiva se da más peso a la robusta evidencia de la influencia de factores sociales y psicológicos en la génesis de la esquizofrenia, entendiendo las alteraciones cerebrales asociadas al trastorno más como una consecuencia que como una causa. Este planteamiento vendría justificado por los siguientes hallazgos clínicos y epidemiológicos: Un mejor pronóstico de la esquizofrenia en los países menos desarrollados (Hooper et al., 2007), una mayor incidencia de esquizofrenia entre los emigrantes (Coid et al., 2008; Morgan & Hutchinson, 2009), mayor incidencia en personas nacidas en la ciudad (McGrath & Scott,

⁵⁵ Como la metilación del ADN específica del gen, las modificaciones postraduccionales de las histonas y los ARN no codificantes.

⁵⁶ En particular de las regiones cerebrales frontales, temporales y meso-estriadas,

2006), adversidades y traumas durante la infancia (Matheson et al., 2013) y la pobreza o adversidad social a lo largo de la vida (Fusar-Poli et al., 2017; Read, 2010).

Un reciente meta-análisis muestra resultados robustos sobre la relación entre disociación y síntomas psicóticos (Longden et al., 2020). Estas evidencias sobre el fenómeno disociativo como respuesta a las vivencias traumáticas en las personas diagnosticadas de esquizofrenia y otras psicosis, además de poner el énfasis en factores causales socio-psicológicos, abre un camino de vuelta necesario hacia perspectivas psicoterapéuticas focalizadas en el desarrollo de una coherente narrativa interna en la persona (Longden et al., 2020).

Así mismo, asumiendo estas evidencias, la aparición de los primeros síntomas de las psicosis entre la adolescencia y el inicio de la edad adulta obliga a ponderar la importancia de aspectos psico y socio evolutivos sobre las hipótesis neuro-evolutivas. La adolescencia, período clave en el proceso de individuación con respecto a los padres, viene acompañada de la presión social de ajuste y adaptación al mundo del trabajo y las relaciones con iguales y de intimidad. La creciente virtualización del mundo real y su interacción con una mayor desvinculación del individuo de las estructuras comunitarias, no contribuyen precisamente a que el adolescente que empiece a vivenciar experiencias de turbación, despersonalización o rechazo, pueda ser acogido y acompañado de manera efectiva en sus necesidades.

Para algunos autores, como Torrey y Miller (2001), la creciente prevalencia histórica de las enfermedades mentales, y en particular de las psicosis funcionales coincide con los avances y efectos colaterales de la industrialización. Withaker (2005) atendiendo a la prevalencia en EE.UU, medida en número de ingresos hospitalarios, matiza la fecha de un crecimiento exponencial en la década de los años 50 del pasado siglo, ofreciendo datos

paralelos de crecimiento en el uso de la psicofarmacología en el tratamiento de estas afecciones.

Según datos de la OMS (2022) a nivel mundial, la esquizofrenia afecta a más de 24 millones de personas y dos de cada tres de ellas no reciben una atención de salud mental especializada. La esquizofrenia, con un 1%, es el trastorno psicótico con mayor prevalencia (NICE, 2017) seguido de cerca por el trastorno esquizoafectivo, que se sitúa entre un 0,5% y un 0,8% (Lermarda et al., 2013).

La confluencia de factores, así como aquellos directa o indirectamente asociados al tratamiento farmacológico, como el tabaquismo, el sedentarismo y el sobrepeso, afectan de manera significativa a la esperanza de vida de estas personas, hasta un 20% inferior en relación con la población general. Más del 60% de la mortalidad por esquizofrenia se debe a enfermedades físicas, especialmente enfermedades cardiovasculares, incluidos los accidentes cerebrovasculares y las cardiopatías (Mohamud et al., 2011). Algunos estudios apuntan la presencia de riesgo 2-3 veces mayor de mortalidad por accidente cerebro vascular, causado principalmente por el síndrome metabólico (Mitchellet al., 2013). Estos aspectos se traducen en una reducción del tiempo de vida en comparación con la población general de entre 14 y 30 años (Brown et al., 2010; Hjorthøj et al., 2017; Laursen et al., 2014).

El suicidio es otra de las principales causas de mortalidad prematura en la esquizofrenia (Olfson et al., 2015), presentando un riesgo alrededor del 5% superior a la población en general y presentando un riesgo 3 veces mayor tras el inicio del trastorno que en cualquier otra fase de la enfermedad (Palmer, 2005). Touriño et al. (2018) destacan la confluencia de la desesperanza y el autoestigma como variables que incrementan el riesgo suicida en personas diagnosticadas de esquizofrenia.

1.4. TRATAMIENTO

La medicación sigue siendo el tratamiento de elección de la esquizofrenia y los síntomas psicóticos. La premisa sobre la necesidad de contener o atenuar la sintomatología positiva mediante tratamiento farmacológico sigue prevaleciendo con un peso fundamental y prioritario objetivo terapéutico. El tratamiento con fármacos antipsicóticos se acompaña frecuentemente de ansiolíticos, antidepresivos, anticomiciales y estabilizadores del estado del ánimo, aunque los niveles de eficacia de estos tratamientos es inferior para ser considerados de elección (Buchanan et al., 2010; Remington et al., 2017). Las guías recomiendan encarecidamente prestar atención a la evidencia empírica, resaltando principalmente el ajuste del tratamiento y la dosis recomendada en función de la fase de la enfermedad (Barnes et al., 2020). Encontrar un balance riesgo-beneficio difiere si se trata del primer episodio, prevención de recaídas o mantenimiento. Hay un acuerdo en la importancia de mantener el tratamiento durante los dos primeros años para evitar recaídas. La evidencia también apunta a la efectividad del tratamiento a largo plazo, aunque, la relación del uso crónico de antipsicóticos con alteraciones metabólicas y otras dificultades asociadas a la hipersensibilidad dopaminérgica, obliga a examinar con mayor profundidad los parámetros que pueden entrar en juego en el éxito de la discontinuidad de tratamiento así como con la predicción de la efectividad del mismo (Correll et al., 2018).

Es fundamental, por tanto, atender a otro tipo de soporte y tratamiento que además de permitir reducir riesgo, limitando la exposición a largo plazo a los antipsicóticos, pueda mejorar otros aspectos dónde los psicofármacos solo han mostrado una mejoría muy limitada. Los síntomas negativos de la psicosis se han venido abordado mediante terapias psicológicas basadas en el entrenamiento de habilidades cognitivas y sociales (Lemos et al., 2010) y las

intervenciones familiares se han visto efectivas para mejorar ajuste social y reducir recaídas e ingresos hospitalarios (Lieberman & Kopelwicz, 2004).

El interés por adaptar terapias psicológicas al tratamiento de la psicosis tomó impulso en la década de los 90. De manera progresiva se fue sustituyendo un modelo de praxis basado en apoyos inespecíficos por un modelo basado en programas o intervenciones integradoras que facilitaran su estudio experimental, incorporando estrategias de carácter psicosocial en combinación con los avances psicofarmacológicos (Contreras, 2005; Fenton & Schooler, 2000). De ahí que se hayan incorporado progresivamente otras intervenciones complementarias en las principales guías internacionales de prácticas clínicas para el tratamiento de la esquizofrenia, como la terapia cognitivo conductual de síntomas psicóticos, empleo con apoyo o integración de los mismos desde el tratamiento asertivo-comunitario.

Sin embargo, a pesar de la evidencia de la eficacia de estas intervenciones, los resultados no son iguales para todos los pacientes y un porcentaje importante no logra la recuperación funcional (Frances, 2014; González-Pardo & Pérez-Álvarez, 2007; Whitaker, 2015). Por ello, es importante introducir nuevas intervenciones que puedan ejercer un impacto positivo en estas áreas de funcionamiento. Es claro que los niveles de exigencia empírica de la evidencia científica aumentan la distancia entre los estándares y la realidad de la práctica clínica, con implicaciones bidireccionales. La falta de recursos humanos y económicos dificulta la posibilidad de las instituciones de alcanzar los estándares al tiempo que no favorecen la promoción e investigación de “nuevas” prácticas e intervenciones en desarrollo.

En la actualidad son los países escandinavos, destacando Finlandia, punta de lanza en la implementación de modelos asistenciales que invierten el orden de prioridad de los tratamientos. Modelos en los que destaca la psicoterapia y otras estrategias de soporte en la comunidad sobre el uso de la medicación antipsicótica. El giro en la praxis responde a acoger

y acompañar la subjetividad de la persona en su relación con el entorno y los demás, apoyando la integración de las experiencias psicóticas en su contexto autobiográfico. Siguiendo esta línea, Romme & Escher (2005) plantean un enfoque psicoterapéutico que permite hacer explícita la relación entre la historia personal y las voces, situándolas como un problema vital de la persona y su filosofía, desligando la experiencia de la psicopatología, desmitificándola y ayudando a que la persona pueda darle un significado.

Los desarrollos dialógicos realizados en Laponia occidental son otro ejemplo de cambio de enfoque en el tratamiento de la esquizofrenia y las psicosis, dónde todos los agentes de salud y del entorno de la persona están implicados en el proceso: *la persona no es objeto de tratamiento sino que está en tratamiento*, compartiendo responsabilidad con la familia y el resto del equipo multidisciplinario, como principal agente de cambio. No se contempla una sola verdad, sino que se comparten en dialogo abierto y simétrico diferentes puntos de vista, llegando a consensos y acuerdos en la planificación del tratamiento. Seikkula et al. (2006) describen las claves de su modelo de trabajo, del que destacan la intervención inmediata en primer episodio, la red social y los sistemas de apoyo, la flexibilidad-movilidad del equipo terapéutico, la actitud terapéutica y el dialogo. En estos espacios dialógicos las ideas delirantes y el discurso han de considerarse en su justa importancia para entender el mundo de la persona, dónde la familia puede ayudar a encontrar conexiones entre los acontecimientos de la vida y las experiencias psicóticas.

La emergencia del dialogo abierto ha traspasado fronteras, y se ha tratado adaptar el enfoque a otros contextos europeos y Norte América. Si bien los resultados parecen favorecedores, la complejidad del abordaje conlleva una alta heterogeneidad de las intervenciones dificultando su ajuste a los requisitos metodológicos de estudios experimentales. En la actualidad el objetivo del dialogo abierto es conseguir una mejor

estandarización de las diferentes variables de intervención y tratamiento, con evaluaciones que permitan operativizar los resultados (Bergström et al., 2018)

2. DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL AL MODELO DE RECUPERACIÓN

En este apartado se tratará de describir ambos conceptos y sus implicaciones en los cambios que se está produciendo durante las últimas dos décadas en el modelo de intervención en salud mental. El ejemplo de la experiencia Finlandesa, nos sirve para introducir aspectos clave que, más allá de la descrita praxis, reflejan un cambio de foco hacia una recuperación funcional y efectiva. En primer lugar constatamos que se trata de una perspectiva de tratamiento que muestra de manera notable la superación de un modelo paternalista de la relación terapéutica. Este cambio necesita de un contexto cultural que incorpore valores de inclusión, esperanza, confianza, cooperación, empoderamiento y dignidad personal. En segundo lugar, poner el acento de la atención en la intervención temprana es fundamental si el objetivo de la salud mental es la recuperación. En tercer lugar, se requiere, para posibilitarlo, de cambios profundos en las políticas socio-sanitarias, que además de la dotación de recursos, provean de cambios estructurales en todos los servicios especializados en diferentes niveles o ámbitos asistenciales.

Retomando experiencias ya descritas en la perspectiva histórica, podemos identificar antecedentes claros en la década de los 50 del siglo pasado que constataron que la propia implicación de la persona en el proceso, tener un trabajo significativo y una red social de apoyo, eran aspectos fundamentales para la persona afectada de TMG. En los mencionados antecedentes históricos era la propia comunidad terapéutica quien se organizaba para la defensa de los derechos de los pacientes con trastornos mentales, y a partir de aquí el reto suponía, ha supuesto y sigue suponiendo que esta defensa se constituya desde la comunidad en sentido amplio. Términos como *inclusión* o *integración*, ya hacen alusión en sí mismos a

una exclusión a priori, por tener una determinada condición psíquica, de los servicios externos a la propia salud mental como por ejemplo; la educación, vivienda, justicia o bienestar social.

De la desinstitucionalización surgía la prioridad de crear estructuras, recursos y estrategias en la comunidad orientadas a cubrir estas “nuevas” necesidades de las personas afectadas. Necesariamente, la atención comunitaria cobraba una importancia fundamental así como disponer de un tratamiento que integrase en sus contenidos un abordaje de dominios propios de la dimensión socio-ambiental que favoreciera la adaptación de la persona en su entorno natural. La Rehabilitación Psicosocial (RPS), en sentido amplio, correspondería a la metodología o estrategia multisectorial y multidisciplinar orientada a la protección y promoción de la salud de las personas afectadas por un TMG. Metodología que sobre el papel debía dar respuestas de intervención alternativas al modelo tradicional y al supuesto mecanicista de que la superación del síntoma da como resultado la mejora generalizable del comportamiento. Un cambio de visión, para el que fue necesario la participación y el compromiso activo no solo de los agentes políticos, el personal sanitario y los servicios de salud mental, sino también de las organizaciones de usuarios, familiares y profesionales e instituciones de otros sectores implicados.

Los resultados, como hemos podido ir anticipando en apartados anteriores, han sido muy dispares en función de las condiciones y particularidades económicas, políticas y culturales de cada país⁵⁷. En nuestro contexto Desviat (2010), en un artículo de sugerente título, aun reconociendo los logros alcanzados, da buena cuenta de muchos objetivos frustrados 35 años después de la reforma psiquiátrica. Hoy en día sigue siendo un hecho constatable que las Unidades de Larga Estancia continúan teniendo un peso enorme en la estructura asistencial de nuestro país mientras que en la mayoría de territorios se adolece de

⁵⁷ En Pérez (2012) se dedica un capítulo a describir directrices institucionales globales, hitos en las últimas décadas más destacables y retos de futuro, dónde ya se vislumbraba la perspectiva de la recuperación, iniciada ya en EE.UU e Inglaterra, como estrategia global pendiente.

estructuras suficientes de soporte y apoyo comunitario. La carencia se constata sobre todo en aquellos servicios centrados en la intervención temprana y aquellos orientados a garantizar la continuidad de cuidados en el entorno. Otra de las grandes controversias que alejaron la RPS de su ideario en nuestro contexto es la heterogeneidad de servicios, nomenclaturas y organización de redes en las distintas comunidades autónomas, incluso dentro de un mismo departamento de salud. Esta circunstancia ha generado, en muchas ocasiones, un trabajo desigual y descoordinado entre los diferentes dispositivos, entre los servicios de distintas dependencias administrativas (Servicios Sociales y Sanitarios) y entre los dispositivos de gestión pública y de gestión privada o concertada (Hernández Monsalve, 2017). Estos aspectos han afectado de manera notable la implicación de los distintos servicios y profesionales en sus competencias, la responsabilidad sobre ellas, la formación de los técnicos, los modelos teóricos de referencia y la compartimentalización de acciones. Las repuestas a estas cuestiones se han resuelto muchas veces desde los modelos tradicionales de intervención basados en apoyos inespecíficos a largo plazo (Contreras, 2005). En otras ocasiones, como contrapartida, la RPS se ha traducido en la aplicación de unas técnicas específicas dirigidas a modificar hábitos y conductas en un momento concreto, a través de un servicio especializado, corriendo el riesgo de convertirse en prácticas descontextualizadas de la subjetividad y situación biográfica de la persona. Así mismo, aunque hay excepciones, se constata la escisión entre las prácticas y el ideario de los recursos externos de RPS y los dispositivos sanitarios, dónde destaca todavía un predominio de prácticas reduccionistas guiadas por el modelo farmacológico dominante.

El término RPS se ha utilizado para una variedad de intervenciones muy distintas y desde diferentes modelos teóricos, como aprecia Florit-Robles (2006), añadiendo además que en muchas ocasiones esto supone no atender a la persona en su contexto corriendo el riesgo

paradójico de que los centros de “*rehabilitación*” se conviertan en instituciones totales cerradas donde los usuarios encuentran todo. El propio autor se pregunta si en definitiva no sería volver a la institucionalización psiquiátrica de la que estábamos pretendiendo huir.

De manera coetánea, y en paralelo, las directrices internacionales han venido poniendo énfasis en la atención orientada a la Recuperación (*Recovery*). Concepto que renace desde la idea primigenia de protesta de los movimientos sociales de personas afectadas por un trastorno mental grave, que se autodenominaban *Supervivientes* de haber sido hospitalizados contra su voluntad y/o haber recibido medidas coercitivas. Por otro lado, el estudio longitudinal de Vermont (Harding et al., 1987) corona la tradición de estudios que desde la evidencia empírica refutaban la visión Kraepeliana de la esquizofrenia. Estos estudios encontraron que la mejoría de un elevado porcentaje de participantes, incluso la recuperación completa de muchos de ellos, no siempre dependía de la necesaria remisión de síntomas sino que estaba asociada a otras variables psicosociales.

Anthony (1993) define la Recuperación como una *Visión* que va más allá de la recuperación clínica o un resultado del servicio, en la que es necesario incorporar dimensiones como la autoestima, el empoderamiento, la adaptación a la discapacidad y la autodeterminación. A partir de estos hitos, el concepto emergió en la literatura científica de manera exponencial, creciendo en contenidos, y también en significados. Esto ha ido generando una amplia retórica sobre su conceptualización (Davidson & Roe, 2007; Meehan et al., 2008) como si la propia falta de consenso y la heterogeneidad en puntos de vista retroalimentara la necesidad de reformulación. Empezando porque la recuperación ha sido tradicionalmente definida en términos de remisión de síntomas y consecución de resultados psicosociales (Lieberman et al., 2002). Davidson & González-Ibañez (2017) apuntan precisamente a que una de las causas de confusión acerca de la recuperación y sus

implicaciones para la atención, es que la misma palabra significa cosas diferentes para diferentes personas. Rodríguez & García (2020) añaden que, en nuestro contexto, el término es utilizado frecuentemente en documentos institucionales y entre colegas, en muchas ocasiones, vacío de contenidos. No es infrecuente que el término se utilice para definir otra cosa, por moda, convención o por ser políticamente correcto al responder a las guías de recomendación (Meehan et al., 2008). En esta línea, es revelador un reciente informe sobre el estado actual del modelo comunitario en nuestro país, en particular sobre el papel central de la persona en su proceso:

En la actualidad, algunos servicios llevan la etiqueta de recuperación como mera propaganda dadas las dificultades para la implantación de estos abordajes por la infradotación y la infrafinanciación. Educar a la población en la gestión de su autocuidado, y trabajar con las familias y las redes sociales, requiere unos recursos humanos que no tenemos. Además, es necesario el legítimo compromiso con las personas usuarias de los servicios de salud mental, tanto en las opciones de tratamiento individual como en la formulación de políticas, involucrándolas en comités asesores de salud mental, órganos de monitorización y estructuras de defensa de pacientes y familias (Juliá-Sánchez et al., 2020, p.84).

Es cierto, sin embargo, que las organizaciones civiles de personas con enfermedad mental están cobrando mayor visibilidad social, y que la aportación de la perspectiva de personas con enfermedad mental respecto de su tratamiento, ignorada tradicionalmente, está siendo cada vez más reconocida (Guinea & Casal, 2012). También es notable, el avance en la promoción de los derechos del colectivo (autonomía, información y participación en la toma

de decisiones clínicas) y en el desarrollo de legislaciones, estrategias, políticas y programas para la igualdad, la inclusión y el empoderamiento (Juliá-Sánchez et al., 2020).

Aunque no es nuestro propósito entrar en el detalle, tampoco hay que obviar, el esfuerzo de muchas instituciones profesionales, asociaciones locales de usuarios y familias, que desinteresadamente hacen posible el desarrollo y mantenimiento de espacios grupales de apoyo, trabajo de ayuda entre pares, red de redes, promoción de la figura de *paciente experto* e iniciativas varias que conectan con el enfoque en el desarrollo de acciones de participación, opinión y reivindicación.

Estos aspectos podríamos situarlos en el marco de condiciones externas que posibilitan la recuperación, que han sido comprendidas en tres amplias dimensiones; derechos humanos, cultura de salud (*healing*) y servicios orientados a la recuperación (Jacobson & Greenley, 2001). Si bien la primera dimensión se clarifica por sí misma, más complejo resulta delimitar las siguientes. Como cultura positiva de *curación (healing)* los autores hacen hincapié en, además de la importancia de hacer cumplir los derechos de los usuarios del servicio en la toma de decisiones, la organización del servicio debe garantizar un entorno caracterizado por la tolerancia, la escucha, la empatía, la compasión, el respeto, la seguridad, la confianza, la diversidad y la competencia cultural. En cuanto a la tercera dimensión, los servicios orientados a la recuperación incluirían contextos dirigidos al alivio de los síntomas, la intervención en crisis, la gestión de casos, la rehabilitación, el enriquecimiento, la protección de los derechos, el apoyo básico y la autoayuda. Este último punto, es interesante en tanto en cuanto nos permite matizar que el enfoque de Recuperación no sustituye la RPS, sino que va más allá. La RPS correspondería a una prevención terciaria, mientras que la Recuperación ha de responder además, de manera integradora a demandas de prevención primarias y secundarias. Así mismo, las garantías de cultura positiva y exigencias de cumplimiento de derechos y la

provisión de organismos han de ser transversales para los cuidados o servicios en atención sanitaria, social y comunitaria.

No se trata de desarticular lo que hasta ahora se ha conseguido, ni desmontar la RPS, sino de revisar y remodelar el sistema de creencias y valores redimensionando las prácticas existentes y añadiendo nuevas. Cabe resaltar que, de alguna manera, el modelo, también se ve amparado por asumir las bondades de la evidencia alcanzada en los ámbitos aplicados y de investigación. Lo que para su conceptualización, para diferenciarla del enfoque de recuperación de proceso, se viene identificando como Recuperación Clínica (RC) (Davidson & González-Ibañez, 2017; Slade, 2009). Una reformulación de consenso entiende la RC como la remisión de los síntomas principales de la esquizofrenia hasta un grado que no perjudica el funcionamiento y la continuación de este estado durante un período de 6 meses (Andreasen et al., 2005; van Os et al., 2006).

También Braslow (2013) destaca la necesaria diferenciación de la recuperación como un resultado de salud mental, definida en función de si se cumplen o no ciertos criterios objetivos. De ahí también la necesidad de definir el cambio de foco hacia la adaptación de la persona al entorno y funcionalidad, que sin salirse del marco de la recuperación objetiva o de resultado, da más peso a variables propias de la sintomatología negativa o relacionadas con ella, destacando además otros factores de carácter psicosocial (Lieberman et al., 2002). Estos aspectos se identificarían con el concepto de Recuperación Funcional (RF), que vendría definido como la capacidad de una persona con síntomas estabilizados para vivir de forma independiente durante un largo periodo de tiempo (al menos 2 años) sin ninguna recaída, para participar en las relaciones sociales, y para mantener el funcionamiento profesional/académico (Lieberman et al., 2002; Novick et al., 2009). En esta línea se integra la identificación de diferentes factores de recuperación (social, educativa y ocupacional)

susceptibles de servir para ajustar las intervenciones diseñadas con el objeto de mejorar la probabilidad de recuperación de las personas (Lieberman et al., 2004).

Realizar esta delimitación es importante, aunque no siempre queda clara en la bibliografía y mucho menos en el ámbito aplicado. Este aspecto de integración de diferentes concepciones de la recuperación en la práctica asistencial, desde las más ortodoxas a las más revolucionarias, ha sido uno de los puntos de controversia del modelo de Recuperación (Uriarte & Vallespí, 2017).

Los espacios asistenciales, sin un verdadero entramado comunitario, funcional y articulado en una red de redes que permita la autonomía del usuario, pueden correr el riesgo de conducirnos de nuevo a los efectos contrarios a los que se pretenden. Braslow (2013) repasando la historia y los hechos políticos de la Recuperación, en EE.UU, advierte del peligro terminar cayendo en concepciones reduccionistas de una idea que está en deuda con los valores socioculturales del neoliberalismo y nace arraigada en ellos. Estos valores se orientan a disminuir los compromisos del estado de bienestar aumentando la responsabilidad de las personas en sus autocuidados (Rodríguez & García, 2020). Algunos de estos aspectos se pueden leer entre líneas en la declaración de consenso nacional establecida en 2004 por la *Substance Abuse and Mental Health Services Agency* (SAMHSA) a través de la descripción de los 10 componentes fundamentales de la recuperación: autodirección, individualizado y centrado en la persona, empoderamiento, holístico, no lineal, basado en los puntos fuertes; apoyo de los compañeros, respeto, responsabilidad y esperanza (Ellison et al., 2018). Sin embargo, desde la experiencia Inglesa (Shepherd et al., 2008) no dejan de insistir en la importancia de que las políticas se preocupen mucho más de la salud y el bienestar general para generar apoyo directo a las personas desde los servicios de sanitarios hasta el empleo, poniendo el punto de mira en los peligros de la exclusión social.

Davidson & González-Ibañez (2017) destacan que a medida que el concepto de recuperación se ha extendido por el mundo el énfasis “individualista” subyacente en la cultura norteamericana ha llegado a ser muy cuestionado, por lo que es importante exponer matizaciones coherentes con el modelo sobre la importancia e implicación de la familia, los amigos, y las adaptaciones en el entorno (intervención comunitaria, vivienda y empleo asistido). Argumentos que están en la línea de perfilar aspectos que Jacobson & Greenley (2001) describían: la importancia de la interrelación de las condiciones externas con las condiciones internas del individuo; esperanza, curación (*healing*), empoderamiento y conexión, entendida por la red del entorno y los apoyos comunitarios.

Con todo, lo cierto, es que la recuperación no se puede entender ajena a los recursos y servicios que la comunidad ofrece para sostenerla y favorecerla a través de medios y valores afines (Braslow, 2013; Davidson & González-Ibañez, 2017).

Finalmente, cabría atender a aquello que la persona entiende como recuperación: la consideración autobiográfica y subjetiva de la persona que elige su itinerario y toma decisiones en la reconstrucción de un plan de vida. Acoger la dimensión interna de la recuperación es entenderla como un proceso continuo, personal, no lineal y holístico. En definitiva esta visión correspondería a la esencia filosófica de la orientación, la idea primigenia que va más allá de la RC y de concepciones centradas en el déficit. Shepherd et al. (2008) anticipa que el proceso de recuperación supone un recorrido personal y único por lo que, en coherencia, los intentos de encontrar indicadores y medir el proceso parecen estar destinados a fracasar. Sin embargo, la necesidad de definir y objetivar la recuperación no ha dejado de crecer dado su interés, encontrando en la bibliografía un gran número de guías e instrumentos orientados a definir y evaluar la recuperación como proceso. Por ejemplo, Andresen et al. (2006) describen 5 etapas en el proceso de recuperación (*Moratoria*,

Concienciación, preparación, reconstrucción y crecimiento) añadiendo que estas no han de entenderse en sentido lineal, ni progresivo, sino como un indicador del grado de vinculación de la persona a su proceso. En paralelo a la proliferación de estudios que contemplan variables para la RF, en el ámbito de la investigación, desde hace aproximadamente más de una década, algunos autores reconocen la necesidad de encontrar herramientas para evaluar indicadores y definir las variables implicadas en la recuperación más allá de la consecución de ciertos resultados. Variables e indicadores implicados en el proceso continuo de cambio en la identidad personal (Silverstein & Bellack, 2008). Esta perspectiva para diferenciarla de la RC viene asumiendo términos como recuperación psicológica (Andresen et al., 2003), subjetiva (Roe et al., 2011) o personal (Slade, 2009). Para referirnos a esta aproximación, nosotros escogemos el término Recuperación Subjetiva RS. Consideramos más apropiado y diferencial el término RS porque acoge la subjetividad de la persona en términos amplios. En este sentido, diferentes autores reconocen la necesidad de ampliar las medidas clínicas objetivas con nuevos instrumentos que incluyan las percepciones y expectativas de las personas con esquizofrenia sobre su propia recuperación (Andresen et al., 2010). El modelo de Recuperación aprende directamente de la experiencia de las personas que han afrontado exitosamente la esquizofrenia, por lo que son loables los intentos de explorar la compleja relación entre las variables que lo han permitido la RS y las variables de RC y RF (Rossi et al., 2018).

Los hallazgos que se están encontrando en este ámbito pueden tener diferentes implicaciones en el papel que tienen las prácticas basadas en la evidencia en los cuidados orientados a la recuperación.

Un reciente meta-análisis, apoya la idea de que el aumento de la conciencia de enfermedad general se asocia de manera inversa con la calidad de vida, dónde la gravedad de

los síntomas tienen una función moduladora de esta influencia (Davis et al., 2020). Estos resultados son coherentes con el debate abierto sobre los tratamientos enfocados en el *Insight*, ya que corren el riesgo de afectar a la autopercepción de la calidad de vida, variable frecuentemente asociada con la RS.

El concepto de *Insight*, engloba subdominios de la percepción clínica y la asunción, entre otras cosas del tratamiento farmacológico y el diagnóstico, que son aspectos más conectados con el modelo médico biológico de la esquizofrenia.

Davis et al. (2020) sugirieron que el significado que los clientes asignan a su enfermedad una vez que son conscientes de ella determina en última instancia sus efectos en la calidad de vida. Desde una perspectiva de RS, más allá de la RC, se hace hincapié en los puntos en común a través de la experiencia humana, como experimentar las luchas y buscar la satisfacción, cuestionando la necesidad de aceptar un diagnóstico para lograr la recuperación o permitiendo que la propia persona pueda encontrar otros significados de la enfermedad y otras valoraciones sobre sus necesidades.

Slade & Longden (2015) Detallan y pormenorizan componentes que pueden ser científicamente defendibles, relevantes y útiles sobre la RS:

1. La recuperación es mejor juzgada por la persona que vive la experiencia

La valoración de la persona afectada es primordial para la recuperación. En coherencia, los valores y preferencias del individuo para tratamientos específicos u otras formas de apoyo deberán ser centrales.

2. Muchas personas con salud mental se recuperan de sus problemas

Se trata de aceptar que vivir bien con las experiencias de “enfermedad” y más allá de ellas es posible para muchas personas. Para hacerlo posible se requiere de esfuerzo personal, pero también apoyo de los otros.

3. Si una persona ya no cumple con los criterios para un trastorno mental, no están enfermos

La capacidad de recuperación y capacidad de enfrentar los desafíos de la vida, estará más cerca en la medida de que se pueda desarrollar una identidad rica en matices como una persona en recuperación en lugar de una identidad pobre como “un paciente”.

4. El diagnóstico no es una base sólida

El diagnóstico puede ser útil para algunas personas, pero no para todas. En coherencia se deberá usar si es útil, pero tener una comprensión diferente de las experiencias (por ejemplo, como una respuesta al trauma en lugar de una enfermedad) está científicamente justificado y para algunas personas puede ser un punto de inflexión en su camino hacia la recuperación.

5. El tratamiento es una ruta entre muchas para la recuperación

Es razonable, esperar una amplia gama de intervenciones farmacológicas, psicológicas y sociales establecidas que estén ampliamente disponibles y proporcionadas de manera competente en los países desarrollados. Sin embargo, algunas personas encuentran otras formas de avanzar en su vida; hay más de un camino hacia la recuperación.

6. Algunas personas optan por no utilizar los servicios de salud mental

Las personas eligen no usar los servicios de salud mental por una variedad de razones. Algunas personas se pueden beneficiar de estos servicios mientras que otras vivirán bien fuera de los mismos.

7. El impacto de la salud mental genera problemas

La recuperación puede no significar recuperar la vida anterior (ninguno de nosotros puede retroceder), pero muchas personas identifican que la experiencia de la mala salud mental tiene beneficios inesperados en contra del discurso dominante que suele llevar a resultados pesimistas.

El apoyo para este modelo se puede encontrar en entrevistas de personas con TMG. Una de las conclusiones que se arrojan de estas investigaciones es que la mayoría de las personas con TMG no viven de manera consciente la recuperación y los servicios que la promueven. Muchos autores sugieren la necesidad de implementar cambios importantes dentro de la atención a la salud mental para orientarse verdaderamente a la recuperación.

Un aspecto particularmente necesario es que el terapeuta y la persona con experiencias psicóticas trabajen juntos en un espacio intersubjetivo orientado a que el cliente descubra su propio significado (Lysaker et al., 2009). En los últimos años se están estudiando áreas relacionadas con la recuperación que necesitan ser exploradas con mayor detenimiento y que son susceptibles de ser incorporadas en los tratamientos integradores.

Aspectos como la metacognición (Kao et al., 2017; Lysaker et al., 2011), el estigma internalizado (Díaz-Mandado et al., 2015; Yanos et al., 2008) y su relación con aspectos de la cognición social parecen tener lugares comunes en la recuperación. Estos aspectos presentan una gran implicación en las psicosis al vincularse con en el sentido del propósito, la

generación de alternativas, el lugar que la persona ocupa en el mundo y la cohesión del sentido del si-mismo (Lysaker et al., 2021).

Los procedimientos psicoterapéuticos conocidos pueden integrar estos aspectos que puedan ayudar a las personas a restaurar un sentido coherente del sí mismo y mejorar la comprensión de la mente propia y la ajena, reduciendo el impacto emocional de las experiencias psicóticas.

Las características específicas de las terapias expresivas o creativas, como la musicoterapia, pueden favorecer estos aspectos en aquellas personas que les resulte difícil expresar de manera verbal sus pensamientos, movimiento, sentimientos o, que por sus experiencias o emociones puedan necesitar mayor tiempo para expresarlos y comunicarlos a los demás (Rodríguez & Rodríguez, 2018).

3. LA MUSICOTERAPIA

3.1. PERSPECTIVA HISTORICA

3.1.1. Prehistoria y edad antigua

El uso de la música como agente terapéutico es tan antiguo como la música misma (Benenzon, 2011). La música nace en los albores de la civilización y era utilizada principalmente en rituales y ceremonias, además de acompañar danzas místico-religiosas. El Músico-Chaman era una figura destacada de la tribu, al que se le atribuía el poder de sanación y alivio del malestar, ejercido en base a primitivas concepciones mágico-religiosas sobre el origen de la enfermedad (Boxberguer, 1963).

En las culturas mesopotámicas, la música va creciendo no solo en su función religiosa, sino también en su utilización en celebraciones, festividades y en la guerra. Algunos autores datan el primer hallazgo de terapia musical entorno al 2700 a.c.; los sumerios invocaban a Dumuzi, dios de la medicina y la música, y a Ishtar, diosa de la fertilidad, para encontrar sanación y alivio de sus afecciones. La asociación de la música con la fertilidad, junto a otras aplicaciones ginecológicas, tuvo continuidad en otras culturas siendo desarrollada en el antiguo Egipto. En los popularmente conocidos como papiros de Kahun, datados en el 1800 a.c., la música era recomendaba con carácter sedante y relajante en los periodos de gestación, influyendo tanto a la madre como al feto dentro del útero (Calle, 2014).

De la tradición hebrea, recordamos, el pasaje de la Biblia que para muchos autores es considerado el primer relato sobre el efecto curativo de la música (Benenzon, 2011) así como un antecedente arcaico sobre los efectos favorables de la música en el estado anímico: “Y cuando el espíritu malo de parte de Dios se apoderaba de Saúl, David tomaba el arpa y la

tocaba con su mano; y Saúl tenía alivio y estaba mejor, y el espíritu malo se apartaba de él” (I Samuel 16:23).

En la antigua Grecia la tradición del culto musical a los dioses se entremezclaba con un importante componente cultural y filosófico. Los mitos de Homero y Orfeo resultan referenciales en la práctica del canto y de sus efectos beneficiosos. La escuela de Pitágoras utilizaba la música como medio de curación y purificación, con una gran amplitud, ya que producía un efecto sedante, calmante y de evasión. Grandes pensadores de la época, como Sotérico de Alejandría, Platón, Aristóteles y Damon de Atenas han destacado la práctica de la música como esencial para el desarrollo del carácter humano. En esta línea, sin duda, cabe destacar la teoría del *ethos*, que, perfeccionando la tradición egipcia, asoció estados anímicos (dolor, pereza, embriaguez, paz, oración, persuasión...) a los diversos modos de la música griega (Palacios, 2001). El *ethos* fundamentaba los beneficios y cualidades que tenían los sonidos tanto para el alma como para el cuerpo del ser humano.

En el apartado 1.1.1. del presente trabajo avanzábamos algunas referencias de la utilización de la música como tratamiento adjunto para el alivio del sufrimiento psíquico en el periodo clásico. La utilización de la música en la medicina se ajustaba a la teoría humoral hipocrática. Tradición que perduró en el imperio romano, y llegó al Islam en la edad media a través del Imperio bizantino.

3.1.2. Edad Media

Como vimos en apartados anteriores, el Islam, además de proteger del oscurantismo el legado intelectual médico del periodo clásico, amplió considerablemente el bagaje de conocimientos y aplicaciones en el ámbito que nos ocupa. La consideración en el mundo musulmán de la música como agente terapéutico fue sobresaliente y consolidó una época dorada en la historia de nuestra disciplina, que podemos conocer actualmente (Calle, 2014)

pero que no llegó a trasladarse al mundo occidental en toda su amplitud. Muchos textos en árabe sobre la música y su utilización en las enfermedades espirituales (enfermedades mentales) no se tradujeron al latín. Una de las razones residió en la complejidad de las referencias técnicas a la teoría musical árabe, o sobre la teoría del *maqâmât* (un sistema de patrones melódicos y rítmicos en muchos aspectos similar a la doctrina griega del *ethos*, pero mucho más elaborada) (Ruud, 2000b).

En los inicios de la baja edad media, la música y sus conocimientos empiezan a salir de los muros de los monasterios, aunque todavía de la mano de teólogos-músicos y muy marcados por el carácter cristiano de la música santa.

3.1.3. Del renacimiento a la ilustración

La recuperación de los textos clásicos de medicina permite que se vayan incorporando progresivamente estos conocimientos, generando la relación paradójica entre el misticismo y el mundo racional-empírico característico del renacimiento.

Desde esta perspectiva, recordando el citado pasaje bíblico de Saúl, el pintor Hugo Van der Goes, afectado del mismo mal, es tratado en un contexto religioso con música, dejándole a su disposición diferentes instrumentos y ofreciéndole espectáculos recreativos (Benenson, 2011; Calle, 2013). En España, Ramos de Pareja personifica la génesis en la baja edad media del pensamiento musical, del que destacamos la asociación que realizó entre los cuatro tonos fundamentales, los cuatro temperamentos y sus planetas correspondientes⁵⁸ (Galán, 2019).

Marsilio Ficino, sacerdote, médico y filósofo florentino, protegido de los Medicis, publica en 1482 *De vita libris tres*, dónde trata los síntomas y el tratamiento del mal de Saturno. Ficino escribió para eruditos y estudiantes de letras que como él, por sus intensos

⁵⁸ El *tonus protus* correspondiente a la flema y a la luna; el *tonus deuterus* a la bilis y a marte; el *tonus tribus* a la sangre y a júpiter; el *tonus tetartus* a la melancolía y a Saturno.

estudios, sufrían de melancolía (Ammann, 1998). Ficino se esfuerza por dar una explicación física de los efectos de la música, construyendo una teoría que integra concepciones médicas, filosóficas y astrológicas. Consejos como, por ejemplo, que el hombre melancólico debe ejecutar, y a veces inventar el mismo aires musicales, se acercan a propuestas activas actuales de musicoterapia. Los planteamientos de Ficino influenciarían enormemente desarrollos posteriores (Ruud, 2000b).

Para el médico del Renacimiento⁵⁹ el efecto de la música sobre la mente se apreciaba de una manera peculiar en su profesión; la música se utilizaba como complemento en la práctica de la medicina preventiva. En este periodo la música se incluía por su influencia sobre los factores emocionales que favorecían la resistencia a la enfermedad, como evitar la ira, la tristeza excesiva y la preocupación, y fomentar la esperanza y la actitud positiva. Los consejos médicos hacía hincapié en un estado de ánimo feliz y en la conveniencia de la alegría, de la recreación social y de escuchar música (Boxberguer, 1963).

Los avances en anatomía y fisiología durante el renacimiento permitieron además estudiar la influencia de la música en diversos parámetros físicos, como la respiración, la presión de la sangre o la actividad muscular, destacando en este ámbito figuras como Zarlino. En el barroco se destaca la capacidad de la música de despertar las pasiones y los afectos, en la conocida como “*Doctrina de los afectos*”. En esta línea no podemos obviar la obra del padre Anastasius Kircher, de gran influencia en la historia de la música y fundamental como antecedente de algunos principios de la música como agente terapéutico⁶⁰.

⁵⁹ Cabría recordar la figura de Paracelso y sus aportaciones en este sentido.

⁶⁰ En la integración de los desarrollos de la teoría humoral, el temperamento y la música consideraba que “...a las personas melancólicas les gusta la armonía grave, sólida y triste; las personas sanguíneas prefieren la música de baile porque agita la sangre; a las personas coléricas les gustan las armonías agitadas, por la vehemencia de su hiel; mientras que las personas de disposición flemática se inclinan por las voces de las mujeres porque sus voces agudas tienen un efecto benévolo sobre el humor flemático...” (Boxberguer, 1963, p. 26).

En el siglo XVII cabe mencionar el *Compedium musicae* de Descartes, dónde desde un enfoque deductivo y científico estudia la percepción sensorial y se aproxima a definir la relación dual entre los fenómenos físicos y psicológicos de la producción musical (Calle, 2013).

En el siglo XVIII, destaca la aparición de los primeros artículos sobre los efectos de la música en diferentes enfermedades (Zarate & Díaz, 2001). En España la obra de Fray Antonio José Rodríguez con su volumen de la Palestra Crítico Médica de 1744, se considera obra pionera a la que seguirían una larga lista de obras en nuestro país dedicadas a la música como agente terapéutico (Bandrés & Llavona, 2009). Muchos de estos trabajos se orientaron a exponer el fenómeno del Tarantismo, describir el procedimiento y características musicales de “cura”, y ofrecer explicaciones racionales del fenómeno⁶¹. Otros estudios dieron cuenta de los beneficios de la música sobre los estados de ánimo, como analgésico e hipnótico o para contrarrestar la gota, las alteraciones menstruales y las fiebres. En Inglaterra, Richard Broclesby, publicó un tratado médico, que detalla *experimentos*, con cierta sistematización para la época, sobre el uso de la música para el tratamiento y alivio de diferentes trastornos (Merrill, 2016). En síntesis, durante este periodo, se empezaron a considerar elementos fundamentales de la práctica de la música como agente terapéutico: tipo de música en relación con la naturaleza del trastorno, atención a las preferencias musicales de la persona, y la importancia de relación establecida por el paciente y el responsable del tratamiento⁶² (Betés, 2000).

⁶¹ Se llegó al consenso de que los efectos fundamentales del efecto del baile acompañado por música era purgar por sudoración el veneno del organismo, así fuera de la picadura de la Tarántula como efecto de la intoxicación del cornezuelo del centeno.

⁶² El caso de Mesmer con sus pacientes, y la relación entre Farinelli y Felipe V, son ejemplos de este periodo que llevaron a pensar que la sanación era más el resultado de la relación afectiva que se generaba en el proceso de “tratamiento”, Calle (2013; 2014; 2016) en sus trabajos ofrece descripciones detalladas de estos casos.

3.1.4. Hacia el nacimiento de la disciplina

En el siglo XIX la música fue perdiendo mucha de su influencia como “poder terapéutico” debido al debilitamiento general de la concepción vitalista de la medicina y al crecimiento de la filosofía positivista de la ciencia (Ruud, 2000a).

Sin embargo, las nuevas concepciones del “*tratamiento moral*” orientadas a reducir las cadenas y optar por tratamientos más suaves en las instituciones psiquiátricas recuperaron, en cierta forma en sus servicios la utilización y disfrute de la música. En Francia Alienistas como Esquirol, Leuret, Dupre, Nathan y Borneville llevaron a cabo investigaciones clínicas en los hospitales utilizando la escucha de música, las actuaciones musicales y el aprendizaje musical con el objetivo de reducir la ansiedad, regular el estado anímico y el comportamiento (Lecourt, 1993:223 citado en Davis & Hadley, 2015). Estas iniciativas llegaron a Gran Bretaña (Davis 1988), Finlandia (Lehtonen, 1993:212 citado en Davis & Hadley, 2015) y Estados Unidos, dónde destacó la figura George Alder Blumer. Alder publicó en 1898, “*Music in its relation to the mind*” y como administrador del Utica State Hospital, además de reformar la asistencia psiquiátrica en pro de una mayor humanización, puso especial énfasis en ofrecer música interpretada a sus pacientes (Davis, 1987). Estas prácticas aunque esporádicas y experimentales resultaron ser de gran importancia al mostrar claramente la música como una alternativa a los duros y a veces crueles métodos utilizados con pacientes psiquiátricos. Estas experiencias además sirvieron de avanzadilla en la futura incursión de la música y sus beneficios en las instituciones sanitarias. Atendiendo al ámbito de la investigación James Leonhard Corning publica en 1989 uno de los primeros intentos experimentales sistematizados de tratar la enfermedad con música⁶³

⁶³ Con el sugerente título “*The use of musical vibrations before and during sleep supplementary employment of chromatographic figures contributions to the therapeutics of the emotions*”, el artículo, con claras influencias de algunas de las radicalmente nuevas teorías psicológicas de Freud, recoge una serie de experimentos con música

En la España decimonónica también pudimos contar con médicos que preconizaron la utilización de la música como forma de tratamiento terapéutico, destacando los trabajos de Rafael Rodríguez Méndez, José de Letamendi y Francisco Vidal y Careta⁶⁴.

Los inicios del siglo XX la práctica clínica de la musicoterapia en EE.UU empezó a promocionarse de manera más vigorosa por parte de músicos experimentados y también, aunque en menor grado, por profesionales de la medicina. En 1903, de la mano de Eva Augusta Vescelius, se crea la primera organización orientada a promover la aplicación terapéutica de la música; *The National Society of Musictherapeutics* (Davis & Hadley, 2015).

De manera progresiva fueron surgiendo las primeras revistas especializadas, se desarrollaron procedimientos, y proliferaron los usos de la música en diversas funciones terapéuticas para el tratamiento de los enfermos físicos y mentales. Algunos investigadores estaban realizando experimentos sobre la influencia de la música en el comportamiento, aunque, la literatura experimental se vio superada por un mayor número de escritos que expresaban opiniones o eran meramente descriptivos. Llegada la década de los 40 la idea de que la musicoterapia tenía un gran potencial para el tratamiento de diversas enfermedades, seguía requiriendo del ingrediente necesario para construir una teoría científicamente plausible de la musicoterapia: un conjunto sistemático de investigaciones concluyentes y una formación profesionalizada⁶⁵. El psicólogo estadounidense Edwin Thayer Gaston dirigió gran parte de sus energías a estos propósitos, liderando un grupo de grandes figuras de la naciente

para tratar el comportamiento emocional e influir en los estados del sueño de sus pacientes más graves (Davis, 2012).

⁶⁴ Catedrático de medicina en la Universidad de Madrid fue autor en 1882 de la Tesis *La música en sus relaciones con la medicina*, de las que se pueden extraer las siguientes conclusiones: la música es capaz de inducir el descanso y distraer al hombre de sus ocupaciones, sirve para combatir estados de excitación o nerviosismo por lo que puede ser conveniente su uso en el tratamiento de la neurosis, además de ser un agente socializador y moral (Poch, 1999).

⁶⁵ El final de la segunda guerra mundial, forzó la necesidad de crear una asociación de profesionales que pudieran asistir en el desarrollo de rigurosos estándares que aseguraran un entrenamiento y preparación suficiente de músicos para poder trabajar en hospitales (Davis & Hadley, 2015).

disciplina, creando en 1950 la *National Assosiation of Musictherapy* (NAMT) y gestando la primera carrera de musicoterapia (Boxberguer 1963; Johnson, 1981).

Desde estas efemérides, la musicoterapia como disciplina no ha dejado de crecer, ampliarse, y su práctica, podríamos decir, se ha extendido prácticamente en todo el mundo. No obstante, la regulación de la musicoterapia como profesión evoluciona a diferentes velocidades en función del contexto socio-económico y cultural dónde dirigamos nuestra atención. En coherencia la presencia de la disciplina en las instituciones, la formación académica y el bagaje investigador parece directamente proporcional al nivel de desarrollo de cada país.

A pesar de los esfuerzos de los técnicos y de las organizaciones dedicadas a promover el uso de la musicoterapia, su normalización como disciplina, y su inclusión en la regularización como profesión, no se puede decir todavía que las concepciones sobre la disciplina esté en la conciencia pública. La musicoterapia, sigue siendo desconocida en sus diferentes ámbitos de aplicación, confundida con otras prácticas musicales, y poco reconocida en la comunidad científica.

Por este motivo consideramos fundamental abrir un apartado que permita aproximarnos a una definición de consenso.

3.2. CONCEPTUALIZACIÓN

3.2.1. Definición

En los últimos 70 años, la musicoterapia se ha ido nutriendo de una gran variedad de disciplinas profesionales, en diferentes contextos culturales y a partir de una multiplicidad de enfoques u orientaciones. Estas son las razones primordiales por lo que resulta complejo definirla.

La musicoterapia se ha ido construyendo alrededor de dos temas primordiales, la música y la terapia, y desde las diferentes disciplinas que han estado vinculadas a ambas. Wigram et al. (2005) destacan entre estas: la terapia ocupacional, la psicología general, la psicoterapia, la educación especial, la educación musical, la psicología de la música, la antropología y la medicina.

El propio Keneth Bruscia (1997) dedica un volumen orientado a clarificar la gran variedad de definiciones de Musicoterapia. Bruscia plantea diferentes cuestiones relativas a la dificultad y la importancia de que el profesional de este ámbito pueda explicar en qué consiste su trabajo y las implicaciones del contexto y otras variables que demandan la necesidad de responder a tal cuestión de una manera comprensiva.

Dado que el objeto del presente trabajo no permite profundizar sobre estos aspectos, se plantea escoger una definición que incluya la esencia de la disciplina con independencia de la orientación profesional, el modelo teórico del que se parta y las diferencias culturales. Buscar una definición que, integrando los elementos básicos de la disciplina, permita diferenciarla de terapias afines, aglutine ámbitos de aplicación, acote su objeto general y refleje su carácter de proceso sistematizado de intervención realizado por un profesional formado en la disciplina. Desde este planteamiento se considera coherente escoger una definición estándar de un organismo oficial reconocido por la mayoría de profesionales del ámbito a nivel mundial. Para este propósito, atendiendo a estos condicionantes, presentamos la última revisión de la definición ofrecida por la *World Federation of Music Therapy* (WFMT).

La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en entornos médicos, educativos y cotidianos con personas, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y

mejorar su salud y bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual y espiritual. La investigación, la práctica, la educación y el entrenamiento clínico en musicoterapia están basados en estándares profesionales acordes a contextos culturales, sociales y políticos (WFMT, 2011, citada en Federación Española de Asociaciones de musicoterapia FEAMT, 2022, párr.2).

Aunque esa definición cumple la mayoría de los parámetros indicados, al ser más sintética, parece obviar ciertos elementos que sin embargo pueden favorecer y ayudar a clarificar el concepto de musicoterapia a la población leiga. Como también indica Bruscia (1997) las definiciones de musicoterapia también difieren, cambian, progresan en el tiempo. La musicoterapia es una disciplina dinámica que crece, que se renueva y que está en continuo cambio y evolución, nutrida por las diferentes aportaciones de los ámbitos de aplicación, contextos y disciplinas concomitantes. Sin embargo, este aspecto no es óbice para considerar igualmente otra definición que, a pesar de corresponder a un periodo anterior, puede servir para el propósito general que se plantea en este apartado y que además, como apunta March-Luján (2017), cumple con más acierto los criterios de representatividad y aceptación entre los musicoterapeutas.

La musicoterapia es el uso de la música y /o elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un terapeuta cualificado con un cliente o grupo en un proceso dirigido a facilitar y promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de suplir necesidades de tipo físico, emocional, mental, social y cognitivo. La musicoterapia tiene como finalidad desarrollar potenciales y/o restaurar funciones del individuo de forma que él o ella puedan conseguir una integración tanto intra como interpersonal y, como

consecuencia 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, 2022, párr.2).

3.2.2. Aspectos Comunes

Existe bastante acuerdo en que para hablar de musicoterapia se tienen que dar dos hechos fundamentales: la experiencia musical y la relación terapéutica (Poch, 2013; Wigram et al 2005).

Una primera distinción necesaria, es que la experiencia musical por sí sola, no es un tratamiento eficaz en sí mismo. Sus efectos terapéuticos son el resultado de una aplicación profesional, metodológica y sistemática (Ruud, 2000a).

Esta experiencia musical, además, aunque en algunos planteamientos teóricos los límites son difusos, no está orientada al aprendizaje de la música; musicoterapia no es educación musical. En términos generales la musicoterapia está más interesada en atender a aspectos del proceso de la experiencia de hacer música y en los cambios personales del paciente como meta principal (Ruud 2000a). El terapeuta, al servirse de la música como herramienta, obviamente requerirá de unos conocimientos, aptitudes y destrezas musicales para llevar a cabo su trabajo. El nivel de conocimientos y destrezas mínimas necesarias como requisito en el terapeuta es diferente en cada Modelo Musicoterapéutico. Este requisito de conocimiento y habilidad musical no es necesario en el usuario o paciente, en ninguno de los casos, para poder beneficiarse de la musicoterapia (Poch, 2013).

Otro aspecto generalmente aceptado, si bien no ha estado exento de debate, es que en la musicoterapia se trabaja con el efecto de la música, más que con el efecto de los sonidos de manera aislada (frecuencias vibratorias, ultrasonidos) (Poch, 2001).

Igualmente la utilización de la música o experiencia musical, vendrá íntimamente relacionada con el segundo hecho fundamental de la musicoterapia; la relación terapéutica. En este sentido el concepto de proceso cobra especial importancia. La musicoterapia es un proceso sistemático que supone “empatía, intimidad, comunicación, influencia recíproca (entre terapeuta y paciente) y relación como rol terapéutico” (Bruscia, 1997). En esta línea, Poch (2001) añade que como proceso deberemos encontrar diferentes etapas; información sobre los trastornos a tratar, trazado de objetivos, tratamiento, evaluación, seguimiento y finalización del tratamiento.

Entender la musicoterapia como un proceso, además de acoger y reflexionar sobre las necesidades del paciente, nos orienta además a prestar atención a cada uno de los momentos sensibles del proceso en la propia relación, desde el inicio de la terapia, pasando por el encuadre y el establecimiento del vínculo terapéutico hasta la preparación del cierre.

3.3. FUNDAMENTOS TEORICOS

La complejidad de encontrar principios básicos generales de la musicoterapia deviene de sumar la dificultad inherente de las ciencias basadas en el estudio del hombre con la amplitud enorme, casi inabarcable de la utilización de la música por el ser humano.

En sus inicios fundacionales, como disciplina naciente, la musicoterapia, se nutrió de la psicología general y los fundamentos psicoterapéuticos de las diferentes orientaciones psicológicas, destacando el conductismo, los planteamientos psicodinámicos, la orientación fenomenológica y el cognitivismo.

Cada una de ellas parte de concepciones filosóficas diferentes del ser humano y la enfermedad, y en coherencia difiere en sus métodos para alcanzar los cambios y promocionar la salud en el individuo. De este modo la función terapéutica de la música y su aplicación en la musicoterapia devino mediada por esta diferencia.

Poch (2013) resalta que como disciplina joven, en la musicoterapia fue prioritario desarrollar una metodología propia más que un desarrollo teórico, que si bien existe, este no ha sido debidamente agrupado o sintetizado. En el siguiente apartado describiremos con mayor detalle los principales métodos musicoterapéuticos y su conexión con las perspectivas teóricas y psicoterapéuticas.

Autores como Taylor (2010) pusieron de manifiesto las dificultades de la musicoterapia para desarrollar una epistemología que suministrara un marco conceptual que abarcara todos los aspectos de esta disciplina. Taylor desarrolla su propia teoría como fundamento práctico clínico y de utilidad para la investigación. El propio autor aún los conocimientos y evidencias orientadas a identificar los componentes biológicos de la música en contextos médicos y una propuesta orientada a la investigación cuantitativa con el fin de posicionar firmemente la musicoterapia como disciplina científica.

En esta línea podemos encontrar la musicoterapia neurológica (NMT) del profesor de música y neurociencias Michael B. Thaut. La NMT viene definida como el uso estandarizado y basada en la investigación de la música para mejorar las funciones psíquicas afectadas como resultado de la enfermedad neurológica o traumatismo. Se basa en la investigación científica de los procesos cerebrales utilizados durante la percepción y la producción musical. Las técnicas clínicas estandarizadas emparejan un resultado funcional deseado (por ejemplo, caminar) con una traducción musical de esa función (por ejemplo, caminar siguiendo un ritmo).

Desde la década de 1990, coincidiendo con el desarrollo de las técnicas de neuroimagen, las investigaciones sobre la influencia de la música en el cerebro se han multiplicado exponencialmente aproximándose de manera creciente a tener respuestas fisiológicas sobre parámetros ya conocidos del efecto de la música en las respuestas motoras,

perceptivas, emocionales, motivacionales, comunicacionales y sociales. El músico y neurocientífico Daniel J. Levitin, es un referente indispensable en la investigación de estos parámetros y su divulgación. En *Tu cerebro y la música* (2008) disecciona de manera magistral los conocimientos sobre los mecanismos por los cuales la música y sus elementos despiertan nuestros sentidos, nos producen placer y forma parte importante en nuestras vidas.

La música, es probablemente el estímulo humano que más zonas cerebrales activa. En primer lugar la participación del córtex auditivo como primera etapa en la audición de sonidos, la percepción y el análisis de los tonos. Cuando tocamos un instrumento, percutimos nuestro cuerpo o bailamos, se suman regiones de nuestro cerebro primitivo (el cerebelo y el tallo cerebral) así como sistemas cognitivos superiores de la corteza motriz (del lóbulo parietal) y las regiones planificadoras de los lóbulos frontales. La activación del córtex visual se produce ante la lectura de música y la observación de los movimientos o ejecuciones de los demás (Levitin, 2008).

Se ha descubierto que escuchar música puede estimular el sistema meso-corticolímbico, que incluye el núcleo accumbens, el área tegmental-ventral, el hipocampo, la amígdala, la corteza orbito frontal y la corteza prefrontal ventro-medial: zonas implicadas en la función afectiva, el sistema de recompensa y la motivación (Blood & Zatorre, 2001). Así mismo, la corteza insular, está recibiendo mucha atención por sus funciones de centro de integración de las interacciones entre otras redes cerebrales implicadas en la atención orientada al exterior y la cognición relacionada con uno mismo. Se han encontrado evidencias de que la música puede favorecer un aumento en la conectividad de estas regiones mejorando los déficits presentes en algunas patologías (He et al., 2018; Koelsch, 2009).

Las perspectivas teóricas objetivistas se orientan a realizar esfuerzos sistemáticos de revisión de literatura científica sobre estos avances. La base científica de la neuroplasticidad

cerebral, además, puede apoyar los atributos específicos de la musicoterapia clínica para posibilitar cambios a diferentes niveles (Stegemöller, 2014). Koelsch (2009) sintetiza de manera gráfica y exhaustiva evidencias de que la música involucra procesos sensoriales, atención, procesos relacionados con la memoria, mediación percepción-acción (actividad del sistema neuronal espejo) integración multisensorial, cambios de actividad en áreas centrales del procesamiento emocional, procesamiento de sintaxis, significado musical y cognición social.

Estas evidencias, son prometedoras, y pueden servir para argumentar los efectos beneficiosos de la música sobre la salud psicológica y fisiológica de las personas, además de proveer de un sustrato teórico que sostenga Practicas Basadas en la Evidencia (PBE).

Sin embargo, no todos los autores participan de este punto de vista por varias razones. Una de ellas es que la mayoría de estos resultados no hacen referencia a la práctica de la musicoterapia en sentido amplio sino solamente a la música como estímulo sonoro (Rodríguez et al., 2018). Por otro lado, los tipos de evidencia que se consideran aceptables en la PBE no siempre reflejan los objetivos que se pueden plantear los musicoterapeutas en el trabajo que realizan con sus clientes (Wheeler & Bruscia, 2016).

La música es un estímulo complejo debido a las diversas características de los elementos musicales y a la forma en que se fusionan para formar una unidad. Los seres humanos, como seres multisensoriales que responden a las experiencias de forma diferente, son organismos complejos. Atender a la función de la música en terapia, es además atender a aspectos relacionados con la cultura y la sociedad. Merriam (1964 citado en Hanson-Abromeit, 2015) explicó la función de la música como el uso objetivamente definido, no aleatorio y activo de los elementos, en el que la eficacia del propósito más amplio proviene de la interdependencia compleja, cambiante y recíproca de cada elemento. Así, la función da una

razón de uso. Merriam ofreció una perspectiva antropológica en la que caracterizaba 10 funciones distintas de la música: expresión emocional, disfrute estético, entretenimiento, comunicación, representación simbólica, respuesta física, imposición de la conformidad con las normas sociales, validación de las instituciones sociales y los rituales religiosos, contribución a la continuidad y estabilidad de la cultura y contribución a la integración de la sociedad.

En *El estudio de la musicoterapia*, Aigen (2014) identifica una la tercera etapa en el desarrollo de las teorías de la musicoterapia⁶⁶, comprendida desde 1982 hasta la actualidad, que se ha caracterizado por la proliferación teorías más “autóctonas” e interdisciplinarias de base amplia, relevantes para múltiples modelos y formas de práctica. En orden cronológico, Aigen incluye las siguientes teorías de la tercera etapa: El campo de juego de Kenny, la musicoterapia biomédica de Taylor, la musicoterapia neurológica de Thaut, la musicoterapia centrada en la cultura de Stige, la musicoterapia estética de Lee, la versión de la musicoterapia comunitaria de Pavlicevic y Ansdell, la musicoterapia basada en la complejidad de Crowe, la musicoterapia centrada en la música de Aigen, la musicoterapia basada en la analogía de Smeijsters, la musicoterapia dialógica de Garred, la musicoterapia feminista de Hadley, la musicoterapia orientada a los recursos de Rolvsjord y la musicoterapia orientada a las humanidades de Ruud.

Al igual que Aigen (2014), y la mayoría de los teóricos de la musicoterapia, Ansdell (2014) no elabora la noción de práctica como tal, pero sus argumentos sugieren una concepción amplia y ecológica. En este sentido, el trabajo de Ansdell, (2003) refleja una tendencia en la teorización contemporánea de la musicoterapia, donde términos como práctica, praxis, acción, interacción, actividad, participación y rendimiento se han vuelto cada

⁶⁶ La primera etapa (1945-1964) fue caracterizada por la importación "integral" de ideas teóricas de otras disciplinas y la segunda etapa (1965-1981) centrada en la sistematización de modelos de tratamiento desarrollados en la práctica.

vez más comunes. Desde este planteamiento Ansdell (2003) argumenta que la ayuda de la música no emana, principalmente, de sus cualidades como estímulo, sino que emerge de lo que la persona hace en un contexto social-musical.

Evidentemente, la musicoterapia puede situarse en una serie de contextos y comunidades. Por ejemplo, las prácticas musicoterapéuticas en salud mental se sitúan en instituciones médicas y no médicas o en contextos comunitarios. A su vez, cualquier sistema de atención sanitaria se sitúa en un contexto más amplio de sociedad y cultura, de economía social y de sistemas políticos. Estos contextos sociales, culturales y políticos más amplios influyen en la salud de una persona y en la práctica de la terapia de forma compleja. Se nombra como ejemplo: las causas que contribuyen a la enfermedad y a la salud; la prestación de servicios sanitarios; el apoyo social; la estigmatización y la desmoralización. La musicoterapia, como práctica terapéutica y como disciplina, está influenciada por las ideas y filosofías actuales sobre la salud mental y la atención a la salud mental, así como de la música. Así, la musicoterapia se desarrolla en contextos en los que las ideas sociales y culturales de la salud mental y las políticas de la atención a la salud mental se encuentran con los contextos sociales, culturales y políticos de la música (Rolvsjord, 2010).

Rolvsjord & Stige (2013) revisitan el debate entre los modelos contextuales y perspectivas músico terapéuticas basadas en *modelo médico*⁶⁷, sin considerarlas inadecuadas, pero alertando de que sus limitaciones no han sido reconocidas. En primer lugar, muchos autores han criticado el hecho de centrarse en la patología y en la reducción de los síntomas en el modelo médico. En segundo lugar, se ha planteado una amplia crítica a la idea de que los problemas de salud mental pueden entenderse como enfermedades o trastornos propios de la persona. Según esta crítica, es necesario examinar las interacciones de los procesos

⁶⁷ Haciendo referencia a la perspectiva dominante representada por la teoría NMT, y de otros autores musicoterapeutas con orientación objetivista y PBE.

biológicos, psicológicos y sociales. Un tercer punto de crítica tiene que ver con las relaciones de poder que constituyen manteniendo un modelo en el que el terapeuta es el experto que proporciona explicaciones e intervenciones. En cuarto lugar, la crítica al modelo médico también se ha vinculado a los análisis que sugieren que no hay pruebas que apoyen la suposición de que el cambio en la psicoterapia se debe principalmente a una intervención específica.

Los autores exponen la necesidad de que la musicoterapia debe tomar conciencia y tener sensibilidad al contexto, destacando que hay tres aspectos contextuales que destacan en el ámbito de la musicoterapia.

1. Musicoterapia en contexto: conciencia del entorno de la musicoterapia.
2. Musicoterapia como contexto: conciencia de la ecología de influencias recíprocas dentro de una situación de musicoterapia.
3. La musicoterapia como contexto interactivo: conciencia de la ecología de las influencias recíprocas entre los diversos sistemas de los que forma parte la musicoterapia.

En este punto consideramos importante volver la vista atrás, y recordar los principios de uno de los grandes pioneros de nuestra disciplina, el doctor Ira Altshuler ⁶⁸:

(...) el enfoque médico tradicional sobre las partes -como la patología de un tejido- tiene una relevancia limitada para la musicoterapia, donde la acción selectiva del "organismo-como-un-todo" se expresa a través de un medio artístico. Según Altshuler (1945), el concepto "concibe al ser humano como una entidad compacta, sellada por la naturaleza, el tiempo y el hábito, aunque

⁶⁸ Altshuler en 1948, enunció su conocido principio de ISO, *igual* en griego, tras comprobar que la utilización de la música igual al estado anímico del paciente o a su *tempo* metal era útil para facilitar la respuesta del paciente y entrar en contacto y comunicación con él (Poch, 2013).

esté compuesta por muchas tendencias opuestas". No rechaza la idea de "mente y cuerpo", sino que los relaciona como inseparables y con una finalidad común". Las artes, más que otros agentes terapéuticos, "despiertan al organismo como un todo, no sólo por su atractivo estético, sino porque acentúan la experiencia humana" (Altshuler 1945 p. 227, citado en Ansdell & Stige, 2018)

Ansdell & Stige (2018) en su artículo, se preguntan si todavía se puede ser humanista en musicoterapia. En este punto tampoco podemos evitar volver la vista atrás, y recordar la figura de Rolando Omar Benenzon, otro pionero de la musicoterapia y creador del modelo que lleva su nombre y en el que nos detendremos más abajo. Desde el conocimiento profundo podríamos decir que más que similitudes, la filosofía Benenzoniana, aunque parte de principios psicoanalíticos, es radicalmente humanista, holista y simétrica en la relación terapéutica. En coherencia con su ética, todo hay que decirlo, también se radicaliza autoexcluyéndose de la experimentación y el objetivismo. No obstante, su cuerpo teórico es amplio, siempre en crecimiento, en transformación y enriquecido por estudios cualitativos y cuasi-experimentales. Hemos abierto este paréntesis temporal y cultural, en la línea de la necesidad de ser conscientes de la existencia de antecedentes como Benenzon, que son presente activo de la importancia de acoger una mirada más amplia, holista, y significativa para la personas sobre la función de la música como agente terapéutico. Antecedentes susceptibles de actualizar al conjugarse perfectamente con planteamientos contemporáneos que ponen el acento en la persona y sus recursos (Rolvsjord, 2004), la conexión de la música con la subjetividad y sentido del *self* (Ruud, 1997), la participación en la comunidad (Ansdell, 2010) y la teoría de la complejidad (Crowe, 2004).

Stige (2015) Realiza una interesante reflexión sobre los desarrollos teóricos contemporáneos llegando a la conclusión de que ha llegado en el turno de la práctica en el desarrollo de la musicoterapia, o dicho en sus palabras “el musicoterapeuta debe preguntarse cuándo y cómo la musicoterapia aborda la manipulación en aras de la adaptación de las personas a la sociedad existente y cuándo y cómo la musicoterapia podría facilitar el empoderamiento y la participación ciudadana” (Stige, 2006, p. 135).

Por otro lado, si bien resulta complicado llegar a una teoría general de la musicoterapia, tenemos a nuestra disposición herramientas que nos permiten sintetizar, describir y orientar nuestro trabajo en base a la función terapéutica de la música. Hanson-Abromeit (2015) desarrolló *El Plan de la Función Terapéutica de la Música* (PFTM) que consiste en una hoja de trabajo dónde diseñar estrategias eficaces de intervención basadas en la música y orientada a objetivos. Se trata de una herramienta flexible a la orientación filosófica, técnica o la metodología, que tiene el objeto de apoyar la capacidad del musicoterapeuta para traducir el marco teórico del que parte, la sabiduría clínica y las necesidades y/o preferencias del cliente en la práctica diaria.

Dentro de esta sabiduría, asumir las limitaciones de los planteamientos objetivistas, no significa dejar de reconocer su impronta en la génesis de la musicoterapia como disciplina, los conocimientos acumulados sobre las relaciones causales, prácticas efectivas así como la dotación de herramientas y procedimientos para la práctica clínica y la investigación.

Desde una perspectiva contemporánea no podemos dejar de atender a los hallazgos de la neurociencia o las PBE en nuestro ámbito, sin que esto suponga necesariamente defender una posición mecanicista sobre la salud-enfermedad. Así mismo, compartimos la visión y los procedimientos de Rolvsjord et al. (2005) que permiten articular y conjugar aspectos de

proceso y relación terapéutica con el rigor metodológico necesario para generar evidencias empíricas.

3.4. METODOLOGIA EN MUSICOTERAPIA

Para la persona leiga, y también, en ocasiones, para la que no lo es, resulta frecuente confundir términos, solapar contenidos o caer en la sinécdoque, es decir identificar un término para referirse al concepto global, y viceversa, decir que se hace musicoterapia cuando se aplica, por ejemplo, el canto en un grupo de personas con dificultades.

La mayoría de las veces, la definición de la disciplina no es suficiente para tener una comprensión ajustada y poder contestar a la eterna pregunta... ¿y que se hace el musicoterapia?

Por ejemplo, si contestamos que trabajamos con la improvisación, empezamos francamente mal. Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua (2021) improvisar es hacer algo de pronto, sin estudio, ni preparación. Con este significado, el oyente puede mal entender que el terapeuta trabaja aleatoriamente, sin estructura, ni intención y sin una base metodológica. Un músico, puede comprender la improvisación como el arte de crear música de manera espontánea mientras se ejecuta un instrumento, en lugar de interpretar una composición escrita. En musicoterapia esta definición puede formar parte solamente de una acción del terapeuta, pero va mucho más allá, hay diferentes modelos de improvisación fundamentados en diferentes teorías que pueden perseguir diferentes objetivos. Bruscia (2010) Haciendo referencia a esta amplitud desarrolla una taxonomía, en la que identifica y describe hasta 64 técnicas de improvisación. La técnica para Bruscia, se correspondería con la operación o interacción iniciada por el terapeuta para facilitar una respuesta inmediata por parte del paciente o para dar forma a una experiencia inmediata. La técnica sería la aplicación última que viene descrita por el método y fundamentada por el modelo que describe e

incorpora actividades o procedimientos específicos. Serafina Poch, pionera de la musicoterapia en España, diferencia la actividad musical de la técnica musicoterapéutica, en que esta última se realiza de una manera estructurada y en un proceso terapéutico, además insiste en la importancia de reconocer los métodos y modelos como:

(...) procedimientos diseñados por un autor que han sido sometidos a un estudio científico riguroso, y están avalados por los resultados obtenidos a través de los años. Estos métodos deben ser realizados por un musicoterapeuta que se haya formado en cursos de entrenamiento del método que emplee. Sin esta formación no puede decirse que emplea un método determinado” (Poch, 2013, p. 85)

En la actualidad, como hemos venido relatando, la musicoterapia cuenta con muchos abordajes diferentes. Tras abrir un apartado que permita introducirnos al uso de técnicas, nos centraremos en describir de manera sucinta los cinco métodos, que por su trayectoria, fundamentación, literatura y capacitación formativa fueron reconocidos como oficiales en el IXº Congreso Mundial de musicoterapia⁶⁹ en 1999 (Wigram et al., 2005).

Conocer estos métodos, destacando la función terapéutica de cada uno de ellos y sus procedimientos, nos permitirá reconocer sus bondades y anticipar la posibilidad de integrarlas en el programa transteórico que describiremos en el marco empírico del presente trabajo.

En este apartado desarrollaremos el Modelo Benenzon, de una manera un poco más extendida por varias razones. En primer lugar por su amplitud y profundidad, como apunta Aigen (2007, p.145) “El enfoque de Benenzon es más que un modelo de musicoterapia: es una filosofía global. Abarca una visión del mundo, una ontología y una epistemología”. En segundo lugar, porque el autor del presente trabajo, como especialista, formador y supervisor

⁶⁹ Organizado por el más importante organismo internacional, la WFMT *Federación Mundial de Musicoterapia* WFMT, y celebrado en Washington, EE.UU, se caracterizó por una serie una serie de sesiones plenarias bajo el título "Cinco modelos internacionales de práctica de musicoterapia".

del modelo Benenzon, conoce y aplica su filosofía, con independencia de la práctica que desarrolle. En tercer lugar, porque en coherencia, en el programa que desarrollamos se incorporan algunos elementos del modelo, sobre todo aquellos que se centran en el vínculo, el proceso, la ética y la actitud terapéutica.

3.4.1. Técnicas musicoterapéuticas

La clasificación más genérica diferencia entre técnicas activas y pasivas. Los términos pueden llevar a cierto equivoco, sobre el nivel de actividad y participación de la persona en cada una de ellas. La siguiente definición nos puede ayudar a realizar una primera matización:

(...) responden al hecho de implicar una acción externa o interna por parte del paciente. Los métodos activos implican una acción más visible como es la de tocar un instrumento, bailar, cantar, etc. En cambio, los métodos pasivos o receptivos, no parecen comportar acción externa o física, como en la audición musical, aunque suponen, lógicamente, una actividad interna y esencial, al poder provocar cambios en el estado de ánimo (Poch, 2013, p. 86)

3.4.1.1. Técnicas activas

Son un conjunto de procedimientos que se utilizan en diferentes métodos, modelos o enfoques que se caracterizan por la expresión musical, sonora, de movimiento o su integración por parte del paciente. De ahí que tomen también el nombre de técnicas “interactivas”, “expresivas” o “creativas”. Estas técnicas persiguen la expresión del paciente, sin importar lo más mínimo si carece de belleza artística o es extremadamente simple (Poch, 2013)

La improvisación es una técnica eminentemente activa, utilizada como procedimiento en diferentes enfoques y siendo parte central de métodos y modelos. La improvisación puede

ser libre, referencial, metafórica, integrativa, creativa, cumplir diferentes objetivos y apoyarse por múltiples procedimientos (Bruscia, 2010).

El *songwriting* o composición de canciones, es otro ejemplo de técnica utilizada en musicoterapia para promover la expresión, la creatividad, y diferentes objetivos terapéuticos en función de la población, el contexto y el procedimiento que se utilice para su desarrollo.

El canto, por sus cualidades terapéuticas, puede ser central en un gran número de técnicas a través de la re-creación de canciones, juegos musicales, técnicas vocales, etc.

El *Body Percusión*, o percusión corporal, se define como la utilización la sonoridad de las palmas, pies y la percusión de otras partes del cuerpo para producir ritmo. Se puede integrar el movimiento, sonidos vocales o la voz en ejercicios articulados orientados a diferentes objetivos.

Hemos destacado unas cuantas por la utilidad en nuestro trabajo, pero la lista puede continuar: tocar instrumentos de manera pautada o interpretando algo conocido, dialogo sonoro, danza libre, movimiento con música, psicodrama musical, etc.

3.4.1.2. Técnicas receptivas

Su denominador común es la audición musical y puede utilizarse a través de diferentes procedimientos y para alcanzar diferentes objetivos en el proceso musicoterapeutico (Poch, 2013):

- Como estimulador de la creatividad.
- En su función evocadora de imágenes y fantasías, que luego pueden ser expresadas. de manera verbal, escrita o a través de un dibujo.
- En su función evocadora de recuerdos y sentimientos conscientes o inconscientes.
- Facilitar el conocimiento profundo del mundo emocional del paciente.

- Facilitar la expresión de los sentimientos.
- Como regulador del estado de ánimo. (p. 87)

Grocke & Wigram (2007) dedican un volumen a profundizar y describir técnicas, métodos y modelos receptivos, así como aspectos prácticos sobre la selección de música, manejo de reminiscencias, acompañando técnicas de relajación, apreciación perceptual, apreciación musical, debate sobre el contenido lírico, integración con otros medios plásticos y aplicaciones de la vibroacústica en la musicoterapia receptiva.

3.4.2. Orientaciones metodológicas

3.4.2.1. Método psicoanalítico en musicoterapia

El método nace alrededor de los años 70 de la mano de la violinista profesional inglesa Mary Priestley que empezó desarrollando la práctica clínica con clientes de psiquiatría y como asesora a nivel privado. En su trabajo intento combinar la comprensión psicoterapéutica del fenómeno de la transferencia entre el cliente y el terapeuta con la comprensión del significado y forma de expresión en las improvisaciones musicales. En sus inicios su método se denominó musicoterapia analítica, y actualmente, en su ampliación viene a nombrarse como musicoterapia orientada analíticamente (MOA).

En las sesiones individuales el terapeuta trabaja solo pero en las grupales se requiere la participación de un coterapeuta. Se trata de un método activo o expresivo en el que el terapeuta y paciente inician explorando verbalmente lo que es significativo en ese momento y luego se procede a realizar improvisaciones musicales tonales o atonales, dónde el terapeuta puede ejercer un rol creativo o de apoyo. El material de las improvisaciones se interpreta como una forma de expresar simbólicamente estados de ánimo interiores, emociones y recuerdos. El crecimiento y el desarrollo funcional del cliente son el centro de atención más que la calidad de la expresión musical. Con clientes con discapacidades múltiples que tienen

la capacidad verbal limitada, la MOA puede utilizarse para conseguir contactar y comunicarse con la persona a un nivel muy básico. La música puede ser analizada en diferentes niveles de desarrollo en función del estado de los pacientes. Se considera una forma de terapia destinada a que el cliente obtenga una visión profunda, llegue a la integración y a la transformación de problemas psicológicos complejos. La práctica ha inspirado diferentes proyectos de investigación cualitativa (Bruscia, 1997; Wigram et al., 2002).

3.4.2.2. Método conductista en musicoterapia

La musicoterapia conductual (MTC) desarrollada, entre otros, por Clifford K. Madsen, se basa “en la característica que define a la musicoterapia como la aplicación científica de la música para lograr objetivos terapéuticos, ya sean conductuales, de desarrollo y/o médicos” (Madsen et al., 1968, p. 15). El enfoque surge en EE.UU. donde sigue teniendo un papel destacado como método principal de intervención sobre otros métodos de musicoterapia, con una firme orientación a la experimentación y con una base sólida de procedimientos y protocolos estandarizados. Desde la NAMT ha habido una demanda constante de mayor investigación en musicoterapia (Boxberger, 1963) mencionando a la ciencia comportamental como el abordaje más apropiado a las exigencias fundacionales de establecerse como disciplina científica (Ruud, 2000a). La MTC está basada en los principios del condicionamiento operante, utiliza métodos y procedimientos de la terapia conductual, incorporando la música o la participación de actividades musicales (Wigram et al., 2005). La función terapéutica de la música en el método conductista viene definida por “...el uso de la música como refuerzo contingente o estímulo de entrada, para aumentar las conductas adaptativas, modificar las conductas desadaptativas y extinguir las conductas inadaptadas” (Bruscia, 1997, p. 96).

3.4.2.3. Método de musicoterapia creativa Nordoff-Robbins

Paul Nordoff, compositor y pianista americano y Clive Robbins, profesor británico formado en necesidades educativas especiales, colaboraron juntos para promover uno de los más populares y extendidos modelos de improvisación.

El enfoque de Musicoterapia Creativa conocido popularmente como el método Nordoff-Robbins, parte de una concepción humanista del ser humano. Influidos por los planteamientos de Rudolf Steiner desarrollaron la idea de que en cada ser humano hay una reacción innata a la música y cualquiera puede “alcanzar el niño musical” interior. La tendencia a la autorrealización y otros conceptos humanísticos de Abraham Maslow, fueron incluidos en su estructura. Los autores sostenían que la musicalidad innata se despertaba de forma más eficaz mediante el uso de la música de improvisación, donde la creatividad se utiliza para superar las dificultades emocionales, físicas y cognitivas. En esta forma de esfuerzo co-creativo, los clientes toman un papel activo en la creación de música junto con sus terapeutas en una variedad de instrumentos estándar y especializados⁷⁰. Para el cliente se suelen escoger instrumentos que resulten gratificantes desde el punto de vista expresivo, pero que no requieran habilidades especiales para tocarlos, generalmente un plato y un tambor. Para el terapeuta se requiere, no obstante, de una alta cualificación musical, de cara a poder ofrecer de manera solvente un marco harmónico y desarrollar sofisticadas improvisaciones musicales. La función del co-terapeuta es la de facilitar las respuestas instrumentales o vocales del niño y su participación en las propuestas musicales. La sesión se desarrolla de inicio a fin en un ambiente musical atractivo donde la música en sí misma es el medio para alcanzar la alianza terapéutica, la comunicación, la autoexpresión y la realización del potencial de autorrealización. El método nació en la atención del niño con discapacidad severa, y aunque prevalece esta orientación se ha desarrollado ampliamente la investigación

⁷⁰ Adaptados para favorecer su utilización con niños con discapacidad física o neurológica severa.

diversificando el enfoque en su aplicación en adultos con afectación neurológica, psiquiátrica y enfermedad terminal (Kim, 2004; Wigram et al., 2002).

3.4.2.4. Método de imaginación guiada con música (BMGIM)

Helen Lindquist Bonny, tras formarse como musicoterapeuta e investigadora de la corriente conductista, tuvo la oportunidad de trabajar en los años 70 en el Centro de Investigación del Psiquiátrico de Maryland, dónde colaboró en un tratamiento psicoterapéutico experimental con LSD dirigido a alcohólicos y pacientes terminales de cáncer. Bonny sugirió acompañar con música estas sesiones, colaborando en la elección de las audiciones musicales, y evidenció una mayor eficacia del tratamiento sobre las sesiones que se aplicaban sin música. La prohibición del empleo de LSD en la investigación obligo a finalizar el proyecto. Desde este momento Bonny empieza a desarrollar un modelo psicoterapéutico “libre de sustancias”, manteniendo dos de los componentes psicoterapéutico de la investigación (Entrenamiento autógeno de Schultz y Relajación progresiva de Jacobson) junto al potencial evocativo y dinámico de la música clásica para favorecer estados no ordinarios de conciencia. En el proceso el terapeuta anima al paciente a interactuar con las imágenes evocadas durante la escucha de la música para alcanzar un entendimiento más profundo de su contenido. El método toma el nombre de este proceso, aunque en la bibliografía puede encontrarse con estas siglas (GIM) o añadiendo *Método Bonny* (BMGIM).

La propia autora describe de esta manera la función terapéutica de la música en su método:

La música es programática en el sentido de que lleva a la persona a su propio tiempo y espacio psíquico. El sujeto se permite seguir la música; sus asociaciones al flujo de la música, en el sentimiento, o proyectadas en símbolos, le proporcionan su experiencia (Bonny, 1975, p. 134)

La aplicación clásica del método GIM implicaba una sesión de entre 90 y 120 minutos de duración y constaba de cuatro etapas de preludio, inducción, recorrido musical y postludio, utilizando música clásica, en las que el terapeuta guiaba al paciente a través de un proceso exploratorio profundo. Su aplicación clásica está contraindicada en pacientes con problemas de percepción de la realidad, inestabilidad emocional y disfunción intelectual. Las adaptaciones posteriores del método GIM incluyeron sesiones más cortas, el uso de otros tipos de música y que la intervención fuera de apoyo en lugar de exploratoria (Wigram et al., 2005). La literatura sobre el método GIM abarca estudios clínicos, teoría clínica, investigación cualitativa y estudios cuantitativos (Bonde & Ole, 2012).

3.4.2.5. Modelo Benenzon

Rolando Omar Benenzon, músico, médico, psiquiatra y psicoanalista, empieza a introducir la música en sus sesiones de grupo con pacientes psiquiátricos muy graves alrededor de 1965. La música era representada como una forma de abrir núcleos regresivos, permitía acompañar al paciente, y retomar el camino hacia lo prospectivo. En su práctica fueron apareciendo, además de la palabra, otros mediadores⁷¹ de la comunicación, los instrumentos corpóreo-musicales, y la creciente asunción de que el soporte fundamental en las sesiones era la música.

De esta comprensión, la reflexión, la práctica clínica y las ideas Rankovsky sobre psiquismo fetal, surge el término ISO, identidad sonora. La identidad sonora se va construyendo desde el momento de la concepción y caracteriza a cada ser humano, incorporando a su vez en su compleja estructura elementos universales, familiares, culturales, de grupo y de interacción (Benenzon, 2011). Su trabajo con pacientes en coma, con autismo, Alzheimer y dolor crónico, le llevaron al cuestionamiento de la palabra como mediador del

⁷¹ Término que acoge la descripción y función del concepto Objeto Intermediario desarrollado por Winnicott.

vínculo, al descubrir que en ausencia de la palabra las dinámicas transferenciales y contrasferenciales se producían igualmente por fenómenos analógicos. La utilización de la palabra termina por desaparecer en lo que a partir de 1999, se denominó Modelo Benenzon de Musicoterapia (Benenzon, 2019).

Rolando Benenzon parte de concepciones sobre el psiquismo freudiano pero desarrolla su propio modelo teórico en base a su experiencia clínica como psicoterapeuta y musicoterapeuta. En sus planteamientos teóricos y desarrollos prácticos y formativos se integran un amplio bagaje de conocimientos multidisciplinarios:

De la psicología: Freud: el inconsciente y el concepto de energía; Jung: arquetipos e inconsciente colectivo; Bateson: teoría de la comunicación; Watzlawick: comunicación analógica; Winnicott: objetos, espacio transicionales, origen del arte y del juego; Fiorini: proceso terciario y psiquismo creador. Lorenz: teoría de la impronta; Wertheimer y Kohler: teoría de la Gestalt; Didier Anzieu: teoría del yo-piel.

De la música: Pierre Schaeffer con su estudio de los objetos sonoros y de la música concreta; John Cage y su "piano preparado"; Varese, Schoenberg, Martenot pasando por Duchamp, con el faro de Dadá, arte contemporáneo.

De la formación musical: Dalcroze, Willems, Orff y Kodaly.

De las corrientes filosóficas contemporáneas: Deleuze, Italo Calvino, Paul Virilio, Adorno, Todorov, entre otros.

De la literatura: Herman Hesse, Borges y Cortázar.

(Benenzon, 2007, p. 149)

El trabajo terapéutico, se centra en crear y posibilitar canales de comunicación en la persona, a través de los mediadores, que son generalmente instrumentos, pero también pueden

funcionar como mediadores objetos y elementos cotidianos, los componentes analógicos de la comunicación, el movimiento y la voz no hablada.

Los tiempos, *cronológico, biológico* y de *latencia* de la persona son elementos a atender en la construcción del *tiempo terapéutico*, así como la *distancia óptima* y *espacio vincular* son determinantes para propiciar el *vínculo terapéutico*. La función del terapeuta se articula en torno *Esperar, Escuchar, Atender y Acoger*⁷², a la persona en sus producciones atendiendo a una serie de *co-out*⁷³. El terapeuta acompaña los fenómenos de la *Repetición, Ritornelo, Ritual* y *Regresión*, y las experiencias contra-transferenciales sin perder la contención del *Setting*⁷⁴ atendiendo a una serie de *no-out*⁷⁵.

La complejidad de un contexto musicoterapéutico no verbal, recomienda, siempre que sea posible, trabajar en pareja terapéutica en las sesiones individuales y es requisito indispensable en las sesiones de grupo, dónde, aunque el número de pacientes dependerá mucho de sus características y la experiencia-entrenamiento de los terapeutas, como máximo, no superará un número entre 4 y 6 personas.

Por parte del terapeuta, acceder a la práctica clínica no solo requiere de un entrenamiento profundo en las técnicas y los procedimientos, sino también haber realizado un proceso terapéutico personal que complete la formación y realizar supervisión periódica de su práctica clínica con un profesional reconocido.

⁷² Descritas y desarrolladas en sentido amplio como cuatro actitudes terapéuticas fundamentales, que no solo son una manera de comportarse, sino una manera de estar (cuerpo, mente y espíritu) en sesión para vincularse con el otro. Una posición que permite al terapeuta contemplar el cambio al tiempo que lo sitúan en la condición de crear y recrear. Actitudes que permiten ofrecer al otro el tiempo y el espacio necesarios para expresarse y entender lo que está dispuesto a expresarnos. Aceptar lo que percibimos con tolerancia y atención, admitiendo y re-conociendo al otro (Benenzon, 2011).

⁷³ Engloba una serie de actitudes susceptibles de poner en acción para acompañar el recorrido de proceso de la persona, como por ejemplo: *contener, compartir, comunicar, consensuar, considerar...*etc. (Benenzon, 2011, pp. 293-293).

⁷⁴ Encuadre físico de las sesiones, que ha de situarse en un espacio de características específicas y estructurarse de manera sistematizada siguiendo una serie de reglas técnicas.

⁷⁵ Engloba aquellas acciones que no deben hacerse por contradecir la ética del proceso vincular, como por ejemplo; *interpretar, intervenir, censurar, etiquetar, prejuzgar, prescribir...*etc. (Benenzon, 2011, pp. 293-293).

Las aplicaciones clínicas iniciales de entrenamiento en el modelo se centraron en autismo, coma, Alzheimer y dolor crónico. La no implicación de la palabra, facilita que cualquier persona con independencia de su afectación física, psiquiátrica, cognitiva o del lenguaje pueda beneficiarse de la terapia. Podemos encontrar bibliografía sobre aplicaciones clínicas, preventivas y comunitarias en diferentes ámbitos (Benenzon, 2000; Benenzon, 2011; Loroño, 1996; Volpe et al., 2018).

4. MUSICOTERAPIA EN LA ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS

4.1. INTRODUCCIÓN

Tomar perspectiva tanto de la historia de la locura como de la aplicación terapéutica de la música nos ha permitido redescubrir una relación antigua y arraigada desde dónde partir con solvencia hacia una justificación amplia de nuestro trabajo. La música y sus posibilidades terapéuticas en las psicosis, con independencia de la evolución de las concepciones sobre salud y enfermedad, han formado parte del cuidado y tratamiento del malestar psíquico a lo largo de los tiempos. En particular, destacan las referencias en aquellos periodos y espacios caracterizados por tratar acoger a la locura de una manera amplia, respetuosa y por ende orientada a procedimientos no coercitivos.

Desde el nacimiento como disciplina, la musicoterapia, como hemos venido advirtiendo, ha estado cada vez más presente en espacios de atención psiquiátrica con una creciente base explicativa de sus beneficios desde la práctica clínica, fundamentada por la teoría y secundada por la investigación. Sin embargo, a pesar del recorrido de la aplicación de la musicoterapia en contextos psiquiátricos, el grueso de las publicaciones corresponde a estudios cualitativos y de caso único. Backer (2004) profundiza, detalla, describe y clasifica el bagaje clínico e investigador de este campo hasta la fecha de publicación de su trabajo. En el mismo, presenta un estudio con elevada sistematización y atención a la fiabilidad y validez a través de dos casos clínicos. Es indudable el aporte de la investigación cualitativa y de caso único y su contribución a la formación del marco de pensamiento teórico de un musicoterapeuta clínico. Este tipo de diseños además, han permitido introducir, progresivamente, una mayor sistematización en la investigación de la práctica clínica, en particular para desarrollar hipótesis susceptibles de poner a prueba mediante otros métodos de investigación. Estudiar y describir la musicoterapia clínica de forma estructurada y detallada

es un proceso muy disciplinado. El desarrollo sistemático de un diseño de investigación a partir de la base de práctica clínica es un proceso que requiere una reflexión continua sobre el itinerario a desarrollar, y la exigencia de anticipar qué pasos son realmente necesarios para responder a la pregunta de investigación.

En las referencias anteriores a la década de los noventa del siglo pasado, no obstante, cuesta encontrar ensayos experimentales. Las propias características de la musicoterapia entendida como proceso junto al amplio rango y pluralidad de perspectivas teóricas, puede estar detrás de la demora en la utilización de estrategias metodológicas objetivistas, más afines, en términos epistemológicos, con el modelo conductual o biomédico. Además, el hecho de que los musicoterapeutas están formados no sólo como científicos, sino también como artistas (Bruscia, 1997), lleva asociado que en ocasiones se destaquen como elementos centrales de la práctica musicoterapéutica dimensiones artísticas como la subjetividad, la estética, la espontaneidad, la creatividad y la singularidad individual. La asunción que la musicoterapia es una disciplina de la que no se pueden extraer estas dimensiones está alineada estrechamente con una perspectiva subjetiva y viene ilustrada por una amplia gama de estudios de investigación y ejemplos de casos que hacen hincapié en los paradigmas constructivistas y métodos cualitativos (Aigen, 2008).

A pesar de esto, como hemos indicado en apartados anteriores, para el nacimiento de la disciplina en EE.UU fue fundamental la sistematización de procedimientos, acogándose a perspectivas que permitieran una mayor operatividad de la práctica para sustentarse en evidencias empíricas. Estas investigaciones pioneras en el ámbito de la psicosis empezaron a proveer de resultados cuantitativos similares a los obtenidos a través de estrategias metodológicas cualitativas.

Así mismo, la creciente investigación en neurociencia de la música va acumulando hallazgos que pueden explicar los beneficios de su aplicación terapéutica en la esquizofrenia y otras psicosis. La relación entre la práctica clínica y estos descubrimientos permite fundamentar la utilización de métodos y procedimientos orientados a potenciar sus beneficios. En el apartado siguiente nos centramos en abordar estas relaciones.

Algunos autores destacan la distancia entre la práctica clínica y los resultados obtenidos en su aplicación protocolizada en ensayos experimentales (Silverman, 2015). Además, la disciplina es joven en comparación con otras ciencias de la salud y en coherencia presenta una menor tradición investigadora. A pesar de estos aspectos la evidencia empírica de la aplicación de la musicoterapia en la psicosis coge impulso a las puertas del siglo XXI. En el último apartado abordaremos estos aspectos, detallando algunos de los ensayos y revisiones más destacados en el ámbito. Esto nos permitirá mostrar una síntesis de evidencias sobre variables de resultado, así como la implicación de variables de la propia intervención.

4.2. RELACIONES DE LA MUSICOTERAPIA CON LA CLÍNICA Y LA NEUROCIENCIA

4.2.1. La música como estímulo en las psicosis; primeros estudios

Podemos encontrar los primeros estudios descriptivos en EE.UU, antes de la década de los setenta, donde la práctica de la musicoterapia en hospitales era frecuente. En este contexto se empezaba a diferenciar la actividad musical por sí sola, utilizada para aumentar el compromiso social de los pacientes, de la musicoterapia orientada a objetivos clínicos más amplios. Autores como Euper, dan cuenta de la heterogeneidad de intervenciones y de la falta de un tratamiento musicoterapéutico integral (Silverman, 2015). La estandarización de procedimientos fue uno de los principales objetivos de la disciplina. En el

caso de la musicoterapia en psicosis, la mayoría se ofrecía en contextos sanitarios, a corto plazo y aplicada en grupo. Estos factores favorecieron el desarrollo de la práctica adherida a explicaciones sustentadas en el *modelo médico*. Esta perspectiva tradicionalmente centrada en el déficit y de carácter organicista, ha estado sustentada por una metodología experimental y basada en modelos teóricos afines como el conductual. Desde esta orientación musicoterapéutica, centran el papel de la música en sus características estimulares. El siguiente fragmento puede servir de síntesis para ejemplificar el foco de la intervención y la justificación de los beneficios desde una perspectiva biomédica.

A fin de facilitar el contacto de un paciente con psicosis con su realidad externa inmediata, conviene involucrarlo en actividades de interacción con el medio. A través del juego, el canto o cualquier otra actividad que implique la producción de música, se le brinda al cerebro la posibilidad de actuar en relación directa con el estímulo musical que ingresa en el terreno de la percepción neurológica. La participación del acto musical requiere de una conducta que se base en la percepción adecuada tanto del tempo, de la tónica, de los patrones rítmicos y de la selección musical, así como de otros aspectos básicos e incluso más sutiles de producción musical. Dichas conductas impiden la reacción consciente a esquemas de pensamientos alucinatorios, engañosos o desorganizados, tan comunes en el paciente con un diagnóstico de esquizofrenia. Por lo tanto la interacción musical sostenida es de gran utilidad en cuanto que ayuda al cerebro del paciente psicótico a recobrar su capacidad de recibir, organizar y reaccionar apropiadamente a las sensaciones que provienen del medio externo (Taylor, 2010, pp. 164-165)

Unkefer & Thaut (2005) desde una perspectiva próxima amplían esta visión destacando la importancia de las respuestas afectivas y el papel único de la música como estímulo cualificado para modificar las emociones. Asumir la relación recíproca entre cognición y afecto, permite analizar la emoción y su significado en música en el marco de las teorías cognitivas y de procesamiento emocional. Las experiencias musicales terapéuticas se basan en los mecanismos de la experiencia perceptiva de la música en el cerebro y el comportamiento, llegando a significativas aplicaciones terapéuticas desde la comprensión de las bases biológicas y del papel de los procesos afectivo-cognitivos en los trastornos mentales.

La aplicación de los principios del aprendizaje y la metodología experimental en la musicoterapia aplicada en psicosis se acompaña de los primeros intentos de ensayo. Cassity (1976), desde una perspectiva de musicoterapia educacional, realiza un ECA que arrojó diferencias estadísticamente significativas para el grupo experimental en la aceptación, cohesión grupal y mejora de las relaciones interpersonales en pacientes psiquiátricos adultos, mostrando los beneficios del aprendizaje de guitarra y posterior recital desde un encuadre musicoterapéutico.

Esta perspectiva sigue siendo hoy en día en EE.UU, como hemos referenciado en apartados anteriores, la orientación predominante.

4.2.2. Musicoterapia psicodinámica; trauma apego y disociación

En Europa, los desarrollos de la aplicación de la musicoterapia en psiquiatría se basaron en principios psicoanalíticos, y podemos datar su inicio a principios de la década de los 70 a través del trabajo de Mary Priestley en varios hospitales psiquiátricos, aunque las raíces de su trabajo profesional se remontan a Juliette Alvin (Wigram et al., 2005).

Alvin se basó en principios analíticos, destacando el uso de la improvisación libre como medio de auto-proyección y de asociación libre, destacando, entre otros, la capacidad de la música y los instrumentos para superar las defensas de los pacientes (Bruscia, 2010).

Priestley siguió desarrollando los métodos de improvisación de Alvin, desde la convicción de que en los pacientes psiquiátricos los síntomas estaban arraigados en experiencias de la infancia temprana, y que su descubrimiento y re-experimentación eran los factores curativos del proceso terapéutico. El papel de la música en este proceso juega un papel importante estimulando recuerdos, generando emociones y fantasías en el momento, actualizando y haciendo audibles traumas tempranos, en situaciones reales y en relaciones de transferencia entre el paciente y el terapeuta (Wigram et al., 2005). Priestley no asume el papel de neutralidad del psicoanálisis clásico como central en la forma de estar presente en terapia, siendo muy consciente de la necesidad de una alianza afectuosa, auténtica y profunda con el paciente. Los conceptos clínicos de regresión, resistencia y compulsión a la repetición se usan en la interpretación, pero centrándose en el hecho de que representan soluciones con más posibilidades de ser elegidas por el paciente para sobrevivir a situaciones anteriores generadoras de ansiedad. Así mismo la fantasía, o las interrupciones propias del discurso psicótico, son la parte de un todo, y se articulan, se hacen audibles, dentro del dialogo mutuo. El paciente puede re experimentar modelos de relaciones anteriores que repite en su vida, y el mundo afectivo *dividido* o *encerrado* puede ser re-experimentado y transformado.

La creatividad es un elemento central en la musicoterapia basada en planteamientos psicodinámicos. La expresión de lo que se muestra en sesión se centra en la creatividad y esta precisa de la comunicación más allá de la producción musical estética, que resulta secundaria (Terán, 2000). En estos espacios surgen la fantasía y el juego, funciones vitales que permiten encontrar un punto intermedio entre el mundo interior y el mundo real. Los límites entre estos

espacios se hacen difusos en la psicosis. En este punto la obra de Donald Woods Winnicott (1971) *realidad y juego*, es clave para entender la construcción intersubjetiva del sí mismo en los vínculos tempranos significativos y el papel de la imaginación, el juego y el símbolo, a través de fenómenos y objetos transicionales. Para Winnicott la creatividad es una capacidad universal del ser humano, y está estrechamente vinculada con la salud. La psicopatología devendría de una precaria utilización de los objetos y fenómenos transicionales, junto con la imprevisibilidad de la satisfacción de las necesidades del niño. Winnicott comenta con respecto a las personas que no han tenido en su infancia un ambiente lo suficientemente bueno, que en el caso de la psicosis como base de la pérdida del contacto con la realidad destaca la falta de ilusión y ausencia de sentido de la experiencia vívida.

De ahí la importancia de ofrecer espacios de creatividad en la psicosis, al permitir desarrollar el espacio transicional entre realidad e ilusión, y junto a ello la atribución de significado. Los actos y las expresiones creativas (la música estaría dentro de ellas, junto a otras modalidades de arte) representan el surgimiento de algo auténtico, algo verdadero y propio de la persona, lo que promueve la conexión y la emergencia del verdadero *self* (Rodríguez, 2018).

En las últimas dos décadas se está volviendo a prestar atención a la adversidad infantil como factor de riesgo en el desarrollo psicopatológico en general, y en la psicosis en particular. Desde una perspectiva psicodinámica contemporánea, la teoría del micro-trauma ofrece una visión comprensiva del trauma relacional o acumulativo y su impacto en el desarrollo y las manifestaciones psicopatológicas adultas (Crastrnopol, 2011, 2019).

La investigación con modelos de cuidado materno en roedores, están avanzando en la descripción de las dinámicas de interacción de los procesos epigenéticos clarificando como las carencias psicosociales pueden dar lugar al desarrollo de problemas de salud mental.

Champagne & Curly (2009) realizan una interesante revisión sobre los mecanismos epigenéticos que median las consecuencias a largo plazo del cuidado materno, mostrando que un pobre o ausente cuidado maternal afecta a formas de actividad del eje hipotalámico-pituitario adrenal (HPA), principal sistema encargado de la respuesta al estrés, así como en regiones de regulación del cerebro como el hipotálamo y el córtex prefrontal medial. Las crías expuestas a un cuidado materno deficiente desarrollaron una reactividad aumentada, y una interrupción de la regulación normal a la baja de este sistema. A nivel comportamental, las crías expuestas mostraron un aumento de la ansiedad, del miedo y de las respuestas de sobresalto, pasividad y una reducción del comportamiento de exploración en situaciones nuevas en la vida adulta. Las hembras tendieron a mostrar el mismo comportamiento, hacia sus propias crías, que habían experimentado en el periodo postnatal.

Read et al. (2009) conectan estos hallazgos con los cambios que se observan en estas regiones cerebrales en la psicosis, desde el primer episodio, con otras evidencias que sostienen un modelo dónde el trauma ocupa un papel principal en el desarrollo de la psicosis, denominado *Traumagenetic Neurodevelopmental* (Read et al., 2001).

Un reciente meta-análisis (Longden et al., 2020) arroja resultados que confirman que los fenómenos disociativos se relacionan sólidamente con los síntomas positivos, y también, menos sólidamente, con los síntomas negativos. Los autores indican que estos hallazgos son consistentes con las propuestas que sugieren que ciertos síntomas psicóticos podrían ser mejor conceptualizados como de naturaleza disociativa y apoyan el desarrollo de intervenciones dirigidas a la disociación en la formulación y el tratamiento de las experiencias psicóticas. Estos hallazgos justificarían acoger los elementos psicodinámicos, en su base teórica en conexión con la práctica de la musicoterapia en psicosis.

Por otro lado, los hallazgos preliminares de la investigación interdisciplinar sugieren que involucrar al cuerpo en el tratamiento del trauma podría reducir la duración del tratamiento al abordar las conexiones entre los pensamientos, los sentimientos, la neurobiología y las respuestas somáticas en el sobreviviente (Rodríguez, 2018).

En el método de improvisación, como en el modelo Benenzon, además de los procesos psicodinámicos que se han descrito, el cuerpo está comprometido, en el movimiento al tocar el instrumento, pero también a través del balanceo, movimiento rítmico, y baile. Además, la resonancia directa de la música se percibe físicamente. En las interacciones terapeuta-paciente la comunicación analógica es continua, a través de la mirada, el gesto, la proximidad, la sonrisa, la distancia, y todos los parámetros de la voz.

Koelsch et al. (2013) han destacado la estrecha relación entre las funciones semánticas y sintácticas en el proceso de la música y el habla, mostrando que la música activó mecanismos cerebrales relacionados con el procesamiento del significado semántico.

Estos hallazgos pueden estar en la base del “Principio de Analogía” que defiende que los procesos musicales son análogos a los procesos psíquicos. Smeijsters (2003) ha desarrollado esta teoría basándose en argumentos sólidos obtenidos en la práctica clínica que pueden ser sustentados además por correlatos psicofisiológicos evidenciados en la investigación. Desde esta perspectiva se explicaría cómo la musicoterapia puede lograr cambios psíquicos a través de la experiencia musical. De esta manera podemos deducir que los cambios en la interacción en las improvisaciones, observables en el proceso, se pueden manifestar análogamente en los procesos psíquicos del paciente.

La música y el trauma están mediados sensorialmente. Por lo tanto, la musicoterapia parece funcionar como un medio de aproximación sensorial a los recuerdos traumáticos. La improvisación clínica, pero también los modelos receptivos se han evidenciado efectivos para

la expresión de emociones, recuerdos, percepciones y pensamientos disociados, posibilitando, en definitiva, su integración y la consecuente mejora de la sintomatología asociada al trauma (Beck et al., 2018; Bensimon et al., 2008; Blake & Bishop, 1994; Carr et al., 2012).

Fachner et al. (2013) llevaron a estudio la improvisación psicodinámica utilizando reflexión verbal sobre la experiencia musical, en depresión y ansiedad, encontrando diferencias estadísticamente significativas en las ondas alfa y theta en zonas fronto-temporales y temporo-parietales. Estos cambios en la actividad cortical sugieren que la improvisación musical puede inducir una reorganización neuronal en las mencionadas áreas.

4.2.3. Beneficios de la musicoterapia en el estado de ánimo y la ansiedad

Es destacable que los síntomas relacionados con descenso del estado de ánimo en personas diagnosticadas de esquizofrenia muchas veces están presentes de manera clínicamente relevante sin ser diagnosticados (Majadas et al., 2012). En un reciente meta-análisis se constata un porcentaje de comorbilidad del 28,6%, alertando además de su influencia negativa en el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes (Li et al., 2020). El porcentaje de la presencia de síntomas depresivos en la esquizofrenia, sin atender a la gravedad de los mismos o fase de la enfermedad, se encuentran en un rango entre el 22% y el 75% (Birchwood et al., 2005). El citado autor justifica esta elevada prevalencia de los síntomas depresivos en esta afectación por su aparición a través de tres vías; la depresión intrínseca a la psicosis, la depresión como reacción psicológica al diagnóstico y sus implicaciones para el estatus y la posición social, y la depresión como "prueba fehaciente" de una historia infantil traumática.

En la revisión Cochrane de musicoterapia para la Depresión (Maratos et al., 2008), se constató que cuatro estudios informaron de una mayor reducción de los síntomas de depresión en aquellas personas asignadas al azar a la musicoterapia en comparación con las que solo

recibieron tratamiento estándar. Un meta-análisis centrado en la aplicación de terapias no verbales para los síntomas depresivos en la psicosis, destaca un significativo efecto en la reducción de síntomas depresivos para la musicoterapia en comparación con el tratamiento estándar (Steenhuis et al., 2015).

Así mismo, la presencia de trastornos de ansiedad también es muy común en personas diagnosticadas de esquizofrenia, influyendo en los síntomas centrales y en la propia calidad de vida de la persona (Huppert & Smith, 2005). Las manifestaciones ansiosas, en particular la ansiedad social está con mucha frecuencia presente en personas con riesgo a desarrollar un episodio psicótico (Haidl et al., 2018) y se han encontrado resultados a favor de considerarla un factor predictor de peores resultados funcionales globales a largo plazo (Deng et al., 2022). La ansiedad junto a la depresión influyen en la gravedad de los síntomas, el estrés, el pronóstico y las recaídas (Hartley et al., 2013; Jobe & Harrow, 2010). Aikawa et al. (2018) confirmaron que los síntomas de ansiedad social eran altamente prevalentes entre los pacientes ambulatorios con esquizofrenia y estaban más estrechamente asociados con el funcionamiento social y la duración del periodo de psicosis sin tratar que los déficits cognitivos sociales. Beck et al. (2012) encontraron que la ansiedad junto a la autoestima eran las variables que predecían la recuperación auto-percibida, o subjetiva, en la esquizofrenia.

Un reciente meta-análisis ofrece resultados significativos de la musicoterapia en la reducción de síntomas de ansiedad (Lu et al., 2021). Estos resultados se han observado en trastornos del espectro psicótico. En una muestra de pacientes hospitalizados se comprobó una reducción significativa de los síntomas de ansiedad tras el tratamiento de musicoterapia (Pavlov et al., 2017).

4.2.4. Musicoterapia, síntomas silenciosos y recuperación

Los beneficios sobre síntomas del estado de ánimo y la ansiedad nos resultan útiles para evaluar la efectividad de la musicoterapia en manifestaciones presentes en la psicosis. Sin embargo, no debemos olvidar que estos síntomas son en la mayoría de los casos secundarios o consecuencia del autoestigma (Gerlinger et al., 2013). Corrigan et al. (2011) describen un modelo de autoestigma en tres fases en la pérdida de respeto por uno mismo.

El abordaje de la fase aguda, en nuestro contexto, es frecuentemente vía ingreso hospitalario y muchas veces involuntario o forzoso. Al ingreso se acompaña la inmediatez del tratamiento farmacológico y la psicoeducación orientada a la conciencia de enfermedad. Estas intervenciones llevan implícitas una adhesión vinculante a un único significado de la enfermedad.

Diferentes autores han evidenciado, sin embargo, que un mayor *insight* en la esquizofrenia se asocia a mayores niveles de disforia, a una menor autoestima, y a una disminución del bienestar y la calidad de vida (Lysaker et al., 2007). Estos resultados conocidos como “paradoja” de la conciencia de la enfermedad, no resultan tan extraños considerando que determinadas intervenciones y procedimientos llevan tácitamente implícito la necesidad de tratamiento farmacológico de por vida, una afectación orgánica no reversible y una serie de limitaciones que la persona ha de aceptar, asumir y adherirse por su discapacidad. Roe et al. (2003) reflexionan sobre estos aspectos llegando a la conclusión de que el impacto de la aceptación de la esquizofrenia depende de los significados que las personas atribuyen a la esquizofrenia.

El énfasis en la recuperación clínica, en resultados y objetivos medibles, establecen la prioridad en la seguridad inmediata; la contención farmacológica y el aislamiento. Jackson (2015) advierte de la importancia de reconocer y acompañar los *síntomas silenciosos*, menos

obvios, como los sentimientos de estigmatización, la soledad, la desvalorización y el aislamiento secundario a estas experiencias; vivencias susceptibles de re-traumatizar a la persona, vulnerable ya de por sí a esta actitud del entorno.

Se conoce que la calidad de vida de estos pacientes se ve además afectada negativamente por el estigma social que sufren (Omori et al., 2014) y la consiguiente baja autoestima que esto provoca (Hjorth et al., 2017; Palijan et al., 2017). El impacto producido por el autoestigma resultante del proceso de internalización del estigma social es sustancial (Badallo-Carbajosa et al., 2013; Hombrados et al., 2006; Ritscher & Phelan, 2004). Las consecuencias negativas del autoestigma incluyen experimentar una mayor sintomatología depresiva y ansiedad social, así como mostrar más desesperación (Gerlinger et al., 2013). Tener menores expectativas de recuperación, a su vez, hace que los pacientes estén menos dispuestos a buscar ayuda o perseverar en el tratamiento (Corrigan et al., 2011; Díaz-Mandado et al., 2015; Fung et al., 2008). Los niveles más altos de autoestigma están relacionados con niveles más bajos de funcionamiento, satisfacción y calidad de vida (Gerlinger et al., 2013; Muñoz et al., 2011; Picco et al., 2016).

Raij et al. (2014) mostraron una relación entre el circuito cerebral para la regulación emocional y la resistencia hacia el estigma de la esquizofrenia en la corteza prefrontal medial rostral-ventral y sugirieron que una mayor regulación de las emociones contribuye directamente a la resistencia al estigma, a la capacidad de interactuar socialmente y a la capacidad de beneficiarse del apoyo social. La implicación del fenómeno musical en la activación de las áreas prefrontales es bien conocida. Investigaciones anteriores en este ámbito (Baumgartner et al., 2006; Ferreri et al., 2014; Green et al., 2012; Mansouri et al., 2017) han aportado pruebas de los mecanismos que subyacen a la activación de regiones cerebrales que se sabe que están implicadas en la recompensa/motivación, la

aproximación/retirada o la excitación; como el estriado ventral, el mesencéfalo, la corteza orbitofrontal, la ínsula y la corteza prefrontal medial ventral,

Además, podemos contemplar que los enfoques de tratamiento con una orientación más holística, como la musicoterapia, pueden resultar especialmente beneficiosos para adquirir y mantener la estabilidad y mejorar la calidad de vida en general. Estas intervenciones pueden permitir abordar el trauma residual de una vida interrumpida en el momento en que el camino evolutivo de la persona debe abrirse a las posibilidades de la vida (Jackson, 2015).

Solli et al. (2013) realizaron una revisión sistemática orientada a comprender como los usuarios del servicio experimentaron la musicoterapia en múltiples entornos. Los resultados permitieron proporcionar información de su contribución única al enfoque del modelo de recuperación. Siguiendo las categorías principales, la participación en la musicoterapia ofrecía a los usuarios del servicio la posibilidad de:

- (a) pasar un buen rato a través de la participación en la música, contribuyendo a diversos aspectos del bienestar y promoviendo el sentido de la vida presente y la esperanza de una vida futura;
- (b) estar junto a otras personas, en la clínica, en la comunidad y en la vida cotidiana, proporcionando escenarios para participar en las relaciones interpersonales, el trabajo en equipo y la participación social de manera que se facilitaban procesos de inclusión social;
- (c) experimentar y expresar las emociones a través de la música de forma que se facilitara el bienestar y la vida emocional; y
- (d) fortalecer el sentimiento de ser alguien al ofrecer un escenario en el que se pudieran explorar, utilizar y florecer los puntos fuertes, los intereses y los talentos, promoviendo

experiencias de dominio y una identidad más fuerte y saludable. (Solli et al., 2013, p. 262)

Por otro lado, se ha visto que la baja motivación de los pacientes puede conducir a un resultado deficiente de las terapias, influyendo en la adhesión y aprovechamiento. El uso de la música, a menudo puede ser un factor de motivación para los pacientes que no estarían motivados para la psicoterapia (Rolvsjord, 2001, en Rodríguez et al. (2018). El estudio de Gold et al. (2013) mostró que la MT individual, llevada a cabo en la práctica rutinaria, es un complemento eficaz de para los clientes de salud mental con poca motivación.

Desde el punto de vista de la neurociencia, la musicoterapia estimula el sistema meso-corticolímbico, que incluye muchas áreas del cerebro asociadas a los síntomas negativos de la esquizofrenia (Koelsch et al., 2013; Legge, 2015). Un meta-análisis realizado por Silverman (2003) descubrió que la musicoterapia aumentaba la actividad en pacientes que de otro modo estarían apáticos. Helgason y Sarris (2013) también observaron una correlación positiva entre la musicoterapia y la mejora de los síntomas negativos, incluida la disminución del retraimiento social, la mejora de la socialización y el aumento de la disposición a iniciar y participar en una conversación.

4.2.5. Musicoterapia, cognición y funcionamiento social

En las últimas décadas se ha prestado especial atención a las alteraciones en las distintas funciones de la cognición social. Se han identificado determinadas áreas cerebrales, su implicación en el origen de la psicopatología en la esquizofrenia y sus repercusiones para el funcionamiento social (Rodríguez et al., 2011). Hay un creciente conocimiento de la participación de las "neuronas espejo" en estos procesos. Estas neuronas situadas en la corteza frontal y la corteza de asociación en las áreas parietal, temporal y occipital, se activan, no sólo al realizar una acción, sino también al observar y/o escuchar a otra persona que realiza la

misma acción (Rizzolatti et al., 2001; Rizzolatti, 2005; Rizzolatti & Craighero 2004). Partiendo de estos conocimientos, la percepción y la acción no se consideran entidades separadas, sino que se integran mutuamente a través de una compleja red de conectividad sensorio-motora, que implica mecanismos de anticipación que permiten al sistema responder adecuadamente a las demandas del entorno. La implicación de la música en este mecanismo ha sido descrito por Greenhead y Habron (2015):

(...) la naturaleza táctil del sonido contacta con el cuerpo, no solo incitando el movimiento físico y emocional, sino también desarrollando la conciencia de sí mismo, de los demás y del entorno debido a la naturaleza social de la participación musical en general y de la clase de rítmica en particular (Greenhead & Habron, 2015, p. 93).

La percepción musical evoca una serie de procesos relacionados con la acción; los mecanismos de percepción-acción (espejo) son relevantes para la musicoterapia, porque estos mecanismos sirven para el aprendizaje de acciones, la comprensión de acciones y la predicción de acciones de otros (Koelsch, 2009).

Estos hallazgos pueden explicar los resultados satisfactorios de la musicoterapia en la mejora en las interacciones con los demás, la mejora en la empatía y el funcionamiento social, aspectos diana, por otra parte, en población con síntomas psicóticos.

El funcionamiento social es una de las variables de resultado más importantes que forman parte de la recuperación (Burns & Patrick, 2007). Su afectación es considerada un elemento básico de la sintomatología, como demuestra su inclusión entre los criterios diagnósticos de la esquizofrenia (Tandon et al., 2009). Brüne et al. (2007) ya anticipaban que el deterioro de la capacidad de apreciar los estados mentales propios y ajenos es el mejor

predictor de la afectación de la competencia social en la esquizofrenia sugiriendo su inclusión en futuras definiciones de la sintomatología "básica".

Diferentes métodos de musicoterapia, por sus características, pueden multiplicar la implicación de los procesos “espejo” a través de la interacción multisensorial con los demás cuando se trabaja en grupo. La improvisación clínica, las dinámicas de música y movimiento adaptadas del método Dalcroze (Greenhead & Habron, 2015), las actividades de música y movimiento (Eyre, 2013) y otras propuestas de integración sensorial, como las aplicaciones del *Body percusión* y el método BAPNE (Romero-Naranjo et al., 2014) están especialmente indicadas para la implicación de estos procesos.

Además de las técnicas activas, los procedimientos receptivos integrados en un proceso musicoterapéutico pueden explicar sus beneficios en base a hallazgos neurocientíficos sobre el efecto de la audición musical a diferentes niveles. Dado que no es el propósito del presente trabajo extendernos en este punto, destacaremos algunos resultados que pueden ser aplicables en el ámbito que nos ocupa.

Así en la línea de los efectos positivos en la relación con los demás destacamos lo siguiente:

La investigación neuroendocrinológica ha demostrado la importancia de dos hormonas peptídicas -la oxitocina y la vasopresina- en la afiliación social y la confianza (ambas hormonas cumplen también otras funciones). Aunque sus funciones sociales son aún muy desconocidas, los resultados preliminares sugieren que la música puede influir en ambas hormonas. De ser así, esto podría ser una clave para entender el papel biológico de la música en la relación clínica entre el cliente y el musicoterapeuta. También podría demostrar una capacidad única de la música para promover el desarrollo

saludable de la relación cliente-terapeuta. Además, el fomento de las relaciones positivas y la confianza suele ser crucial en el tratamiento de la salud mental. El aislamiento social es un síntoma común de la esquizofrenia, y la mejora del funcionamiento social es un predictor común de remisión (Legge, 2015, p. 135).

4.2.6. Musicoterapia y estrés

El estrés, y el umbral más bajo en la esquizofrenia para tolerarlo, o vulnerabilidad, puede llevar a un episodio de la enfermedad (Zubin & Spring, 1977). La atención clásica a los niveles de estrés ha orientado a enfocar una parte importante de la psicoterapia al afrontamiento del estrés y el manejo de síntomas.

Charnetsky et al. (1998) encontraron evidencia de un aumento en la secreción de la Inmunoglobulina A en la escucha de música, uno de los principales anticuerpos del organismo que se relaciona negativamente con niveles elevados de Estrés. Por otro lado, el estado de ánimo juega un papel causal en la modulación de las respuestas al estrés agudo. En un estudio controlado aleatorizado, se observó que el grupo que recibía intervención musical, mostró un estado de ánimo más positivo y respuestas más fuertes de cortisol que el grupo experimental (Koelsch et al., 2016).

El efecto de la música sobre el estrés podría servir para respaldar los beneficios profilácticos de la musicoterapia en las psicosis, en su aplicación ante los primeros síntomas prodrómicos, así como para prevenir recaídas.

En síntesis, se puede decir que podemos encontrar relaciones clínicas suficientes, así como su conexión con bases neurofisiológicas que sustentan la hipótesis de que la musicoterapia en la esquizofrenia puede servir para mitigar los factores ambientales

estresantes y mejorar el afrontamiento, además de favorecer la expresión de emociones, reforzar la conciencia de sí mismo, la conexión social y la sensación de apoyo personal.

4.3. LA MUSICOTERAPIA EN PSICOSIS LLEVADA A ENSAYO: VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN Y RESULTADOS

4.3.1. Aspectos epistemológicos

Diferentes autores han cuestionado que la elección de una metodología de investigación tenga que adherirse a una epistemología, una manera de aprehender la realidad sobre otras, centrando sus esfuerzos en validar visiones y practicas holistas, más centradas en el proceso, el contexto o la subjetividad de la persona (Abrams, 2010; Aigen, 2015; Rolvsjord & Stige, 2013).

En musicoterapia es más frecuente que en psicología o en psicoterapia, encontrar estudios que sin adherirse a una práctica conductual se han acogido a la metodología empírica para demostrar la efectividad de la intervención.

4.3.2. Auge de la Investigación Cuantitativa; requisitos metodológicos

Ejemplos de lo comentado en el apartado anterior podemos encontrarlos en Europa. En Inglaterra, si bien la práctica de las actividades musicales en pacientes psiquiátricos y en hospitales era frecuente y reconocida, no encontramos registro de estudios que apoyara estas impresiones con datos objetivos hasta avanzada la década de los 80 del siglo pasado. Bunt et al. (1987) realizaron un estudio piloto con metodología descriptiva con pacientes diagnosticados de esquizofrenia en el que comparó el comportamiento musical en pacientes de larga y corta estancia administrando 8 sesiones de musicoterapia grupal basada en la improvisación. Los autores aplicaron un cuestionario a participantes y miembros del equipo, encontrando en el 92% de los participantes efectos positivos. Entre estos efectos positivos

encontraron los siguientes: Exploración de aspectos de la comunicación no verbal; Espontaneidad; Uso de instrumentos como medio de comunicación; Oportunidad de desarrollar la imaginación: Los participantes se relajan y confían más a medida que el grupo se desarrolla; El grupo se consideró amistoso y no amenazante; Expresión de las emociones a través de métodos no habituales; Ruptura de patrones de comportamiento y liberación de la risa y la alegría.

Otro ejemplo lo encontramos en el planteamiento de estudio realizado por Pavlicevic et al. (1994). Los autores adaptaron su Método (*Music Interaccion Rating*) (MIR) de evaluación de las improvisaciones a población con esquizofrenia. Esta estrategia permite valorar el compromiso y la interacción musical terapeuta-paciente en 9 niveles que van desde la ausencia total de sincronía y comunicación musical hasta una completa asociación y comunicación musical creativa. La intervención consistió en 20 sesiones individuales de musicoterapia de una media hora de duración realizadas en un periodo aproximado de 3 semanas. Participaron 41 pacientes ambulatorios que fueron evaluados antes y después de la intervención en el MIR (una sesión de 30 minutos) y en las escalas de valoración clínica SANS y BPRS. La comparación entre el grupo control y el grupo experimental mostró una reducción de síntomas en el grupo experimental, encontrando diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del BPRS y en el MIR. Los resultados del análisis de covarianza refuerzan la asociación entre los niveles de interacción musical y las manifestaciones clínicas globales.

En el desarrollo del presente trabajo, por razones de síntesis, hemos obviado la fuerte tradición histórica de la aplicación terapéutica de la música en la cultura oriental. En el este asiático los desarrollos de la musicoterapia como disciplina se han visto nutridos por una arraigada tradición así como por un creciente impulso científico impulsado en China, que se

está extendiendo a países vecinos. Es de justicia, en coherencia, detenernos en el estudio de Tang et al. (1994). En este ensayo, un diseño comparativo con setenta y siete personas diagnosticadas de esquizofrenia residual, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los pacientes que formaron parte del grupo de tratamiento con respecto al grupo control en las siguientes variables: disminución de síntomas negativos, aumento en los niveles de interacción con los demás, reducción del aislamiento social y aumento en el interés por las situaciones externas. La intervención se basó en la escucha pasiva de canciones escogidas por los participantes de una selección, aprendizaje y canto de canciones y practica libre con los instrumentos disponibles.

Si bien en la década de los noventa proliferaron las investigaciones de carácter empírico. En mucho de los casos, se evidenció la necesidad de alcanzar los requisitos mínimos metodológicos para este tipo de investigaciones. En muchos de ellos la falta de información acerca de la intervención, dificultaba determinar si se correspondía a una práctica de musicoterapia en sentido estricto. En otros casos el insuficiente rigor metodológico del diseño dificultó poder afirmar con datos estadísticamente significativos que los cambios que mostraban los resultados se relacionaban con la implementación de la musicoterapia. Gold et al. (2005) en una revisión sistemática de la literatura observaron que de 34 potenciales investigaciones tan solo cuatro cumplían los requisitos mínimos, metodológicamente hablando, para ser incluidas en su artículo. En la mayoría de estudios la asignación de los pacientes a los grupos de tratamiento y control no había sido realizada de manera aleatoria, la música se utilizaba por si sola sin referirse a una terapia específica o una intervención musicoterapéutica concreta, o se utilizaban otras formas de terapia (terapia de movimiento y baile o terapia recreativa). Con todo, los estudios seleccionados en la revisión revelaron evidencias de que la musicoterapia, como complemento a la atención estándar, puede ayudar a

los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia a mejorar su estado global, su estado mental y su funcionamiento social a corto y medio plazo.

4.3.3. Resultados en Pacientes Hospitalizados

Las investigaciones posteriores, orientadas al tratamiento musicoterapéutico de pacientes hospitalizados, encontraron diferencias significativas en la reducción de síntomas psiquiátricos, aplicando la intervención de manera individual (Morgan et al., 2011; Talwar et al., 2006) y una reducción significativa de sintomatología negativa en sesiones grupales (Ulrich et al., 2007).

Algunas investigaciones añadieron medidas subjetivas de los propios participantes sobre su asistencia a las sesiones, encontrando diferencias significativas en su autoevaluación sobre la mejoría en nivel de interacción y contacto social gracias a la musicoterapia en comparación con el tratamiento estándar (Ulrich et al., 2007) y también frente a otros programas educativos y de rehabilitación ofrecidos en un centro psiquiátrico para adultos (Silverman, 2006).

4.3.4. Variables de la Intervención

Muchos de los estudios mencionados se recogen en la revisión Cochrane llevada a cabo por Mössler et al. (2011). Los autores ofrecen datos y reflexiones de interés sobre los efectos de la musicoterapia en pacientes psiquiátricos. Concluyen que ésta tiene un potente efecto sobre el estado global de las personas con TMG. Constatan efectos positivos en el estado mental general, en la reducción de síntomas negativos así como en la sintomatología depresiva y ansiosa. Además, se evalúan los resultados sobre la mejoría de funciones cognitivas, satisfacción de los usuarios, calidad de vida, comportamiento y función social. Los autores muestran relaciones entre las dificultades de constatar tamaños de efecto significativo y las muestras pequeñas. Otros aspectos, como las diferencias en el número de sesiones, las

técnicas utilizadas y el entrenamiento, también pueden tener un efecto en los resultados. Por otro lado, el hecho de comparar intervenciones en diferentes contextos terapéuticos, permite advertir que la atención a estos elementos y el control de variables contaminadoras del contexto y otros sesgos relacionados con el experimentador, dependerá mucho del tipo de recurso en el que se realiza la investigación. Dicho de otra manera, las características del centro, influyen en aspectos como la organización, los límites en costes y utilización de recursos. Estas limitaciones afectan al diseño por dificultar la participación de más de un musicoterapeuta, reduciendo posibilidades para la implementación de sesiones individuales, el balanceo o control del efecto del experimentador, influyendo, así mismo en el número de sesiones.

4.3.4.1. Relación dosis-efecto

Sobre la importancia del número de sesiones para alcanzar efectos significativos Gold et al. (2005) ya contemplaron, en su revisión, aquellos estudios que, al menos, hubiesen contado con siete sesiones, concluyendo que a pesar de resultar difícil poder determinar un número mínimo, para alcanzar efectos beneficiosos y clínicamente significativos sería recomendable realizar al menos 20 sesiones. Obviamente el tratamiento en sala de agudos se ve limitado por el tiempo de ingreso y resultaría inviable alcanzar el mencionado criterio. Sin embargo, con la participación de más profesionales, y controlando la variable usuarios atendidos por cada uno de ellos para equilibrar el efecto del experimentador, podrían realizarse un mayor número de sesiones, consiguiéndose, probablemente, un mayor tamaño del efecto en este tipo de contexto. Sin embargo, en una revisión posterior Gold et al. (2009) analizan la relación entre dosis-respuesta hallando beneficios, aunque con menor tamaño del efecto, en aquellos estudios que realizaron de 3 a 10 sesiones. Estos autores señalan que el tamaño del efecto aumentaba por encima de las 16 sesiones hasta un máximo de 51.

Asimismo, Mössler et al. (2011) tomando esa referencia matizaron que en tratamientos entre 16 y 24 sesiones se pueden observar diferencias significativas en sintomatología general, sintomatología negativa y funcionamiento. En conjunto, los autores consideran que menos de 20 sesiones se puede considerar una dosis baja, y más de 20 dosis alta. En cuanto a la distribución temporal, clasificaron los estudios diferenciando a corto plazo (hasta 12 semanas) a medio plazo (entre 13 y 26 semanas) y al largo plazo (más de 26 semanas).

4.3.4.2. Calidad de la Intervención

Los estudios deben aportar información suficiente sobre la intervención que permitan objetivar que se trata de una intervención musicoterapéutica. Es destacable la necesidad de que se describa el entrenamiento de los musicoterapeutas o la indicación de que sean cualificados, de cara a proveer una intervención de calidad. Este aspecto ha de clarificarse en los diseños de investigación, así como otros detalles sobre la experiencia del musicoterapeuta (Robb et al., 2011).

4.3.4.3. Procedimiento Musicoterapéutico

En cuanto al procedimiento musicoterapéutico, la mayoría de estudios llevados a revisión utilizan una combinación de técnicas activas y receptoras, con algunas diferencias en la predominancia de una sobre otra. Chung & Woods-Giscombe (2016) en su revisión, observaron que aquellos estudios que implementaban una combinación de MT activa y receptiva producían mayores mejoras significativas en comparación con los estudios que solo aplicaban una de las dos.

4.3.5. Resultados en pacientes ambulatorios

Otro aspecto a destacar son los pocos estudios aplicados a personas fuera del contexto hospitalario, en atención ambulatoria o en otros recursos de rehabilitación psicosocial (Chung

& Woods-Giscombe, 2016; Mössler et al., 2011). Valoramos de importancia considerar este aspecto, entendiendo que los pacientes ambulatorios pueden tener menos margen de mejora a nivel sintomatológico que los pacientes ingresados en agudos o en hospital de día, pero sin embargo pueden beneficiarse especialmente de la musicoterapia en tanto en cuanto puede proveer de herramientas de afrontamiento, mejorar los procesos de recuperación y favorecer la integración en la comunidad (Ansdell, 2016; Jackson, 2015; Silverman, 2011; Silverman, 2015;).

Un estudio desarrollado por un centro de salud mental comunitaria en Corea, con pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de esquizofrenia, mostró efectos similares a los resultados descritos anteriormente. Tras la intervención, 18 sesiones de musicoterapia grupal, el grupo experimental mostró mejoras significativas en comparación con el grupo de control en estado mental (síntomas positivos, negativos y psicopatología general) algunos dominios del funcionamiento social (relación social, recreación, desempeño de independencia), y algunos dominios de la Escala de Cambio en la Relación (comunicación, confianza, afecto, apertura, comprensión) (Lee et al., 2014).

Precisamente, en relación a la mejora de sintomatología positiva, si bien, en la muestra coreana, la musicoterapia resulta efectiva, los datos de las revisiones y meta-análisis siguen sin ser consistentes, como describimos más abajo.

4.3.6. Resultados de Meta-análisis

Con el objetivo de llegar a un acuerdo de cuáles son los resultados u efectos primarios o generales de la musicoterapia en personas diagnosticadas de esquizofrenia Geretsegger et al. (2017) complementan las revisiones Cochrane anteriores sobre musicoterapia en esquizofrenia, con un meta-análisis. En primer lugar destacaron que no se encontraron efectos adversos para la musicoterapia en términos de ingresos hospitalarios, adhesión al servicio o

coste del tratamiento. Se encontraron efectos positivos para la musicoterapia como tratamiento adjunto al tratamiento estándar sugiriendo que la musicoterapia como tratamiento complementario puede aportar beneficios. Atendiendo al estado global los resultados sugieren que la musicoterapia tiene un fuerte efecto cuando se aplica a medio plazo, con una duración de entre tres a seis meses. Señalan las siguientes mejoras en el estado mental: psicopatología general, sintomatología negativa, sintomatología positiva, depresión y ansiedad. Los efectos más potentes se encontraron en los estudios que proporcionaron musicoterapia a largo plazo y con elevada frecuencia. En cuanto al funcionamiento; general, social y cognitivo, los resultados fueron mixtos. Los análisis mostraron que el funcionamiento social mejora antes que el funcionamiento general a través de la musicoterapia. Este resultado es plausible, en tanto en cuanto, la musicoterapia, especialmente los métodos activos, se centra en la interacción social. El funcionamiento general puede ser más difícil de cambiar. Los efectos de la musicoterapia en el funcionamiento general requieren más sesiones y más tiempo. En cuanto los efectos sobre la calidad de vida, mostraron un patrón similar al de otros resultados, la musicoterapia a dosis altas muestra efectos beneficiosos y tamaños de efecto grandes, mientras que la musicoterapia a dosis bajas no mostró tales efectos.

La calidad de la evidencia del estudio, en relación a las investigaciones que contemplaron, fue moderada por las razones que se mencionan seguidamente. En primer lugar, si bien todos los estudios declararon explícitamente que se utilizó la aleatorización, la ocultación de la asignación fue poco clara en la mayoría de los estudios. En segundo lugar, se informó del cegamiento de la evaluación en sólo una minoría de estudios. En tercer lugar, el nivel de formación de los musicoterapeutas no estaba claro en aproximadamente la mitad de los estudios incluidos. Y por último, la diferencia en el número de sesiones y la calidad de la

musicoterapia prevista pueden haber influido en que los resultados no hayan resultado constantes.

Un reciente meta-análisis, encontró diferencias significativas en la reducción de los síntomas positivos cuando la duración de la intervención fue inferior a tres meses, pero no cuando la duración de la intervención fue superior o igual a tres meses (Jia et al., 2020). Las razones que esgrimen los autores sobre los diferentes resultados de los subgrupos establecidos en su Meta-análisis, fue que en los estudios incluidos se utilizaron diferentes criterios de diagnóstico y herramientas de medición. Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en las edades de las muestras y las formas de musicoterapia, lo que podría causar diferentes resultados del análisis de subgrupos. Estos aspectos aumentaron la heterogeneidad del estudio, junto los diferentes tamaños muestrales, las características de la población, instrumentos de medida y cualificación del musicoterapeuta. La información limitada de algunos estudios incluidos en el meta-análisis dificultaron que las fuentes de heterogeneidad no se exploraran por completo. En conjunto, el nivel de calidad de la evidencia del mencionado estudio, se mantendría en la línea de revisiones anteriores, entre bajo y moderado.

4.3.7. Síntesis de evidencias

En síntesis, podríamos decir que la investigación empírica sobre la aplicación de la musicoterapia, como complemento al tratamiento estándar para la esquizofrenia y otras psicosis, muestra las siguientes evidencias:

- 1) La musicoterapia mejora el estado global, así como el estado y funcionamiento mental general, incluyendo sintomatología de depresión y ansiedad (nivel de la evidencia bajo, susceptible de mejorar aumentando dosis y frecuencia de la intervención);

2) La musicoterapia puede ser especialmente beneficiosa para los pacientes que presentan síntomas negativos, tales como el embotamiento afectivo, déficit atencional, empobrecimiento de las relaciones, sociales y una falta general de motivación e interés (nivel de la evidencia bajo, susceptible de aumentar en tratamientos a largo plazo, prolongados en el tiempo)

3) La musicoterapia mejora el funcionamiento social y la calidad de vida (nivel de la evidencia moderado).

PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO

5. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

5.1. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, como se ha detallado en el marco conceptual, existe un conjunto de estudios que han mostrado que las intervenciones basadas en la musicoterapia, en combinación con el tratamiento estándar, son eficaces en la consecución de los objetivos para los que están diseñadas (Geretsegger et al., 2017; Gold et al., 2009; Jung & Newton, 2009; Mössler et al., 2011). Sin embargo, por lo que conocemos, hasta la fecha, en España, no se ha llevado a cabo ningún ensayo controlado aleatorizado de la aplicación de la musicoterapia en personas diagnosticadas de esquizofrenia. El motivo principal de esta investigación es evaluar en un recurso clínico del sistema español de salud mental, la eficacia de tales intervenciones. Las revisiones en el ámbito también han puesto de manifiesto que en ocasiones los estudios que han evaluado la eficacia de la musicoterapia como tratamiento en esquizofrenia siguen teniendo limitaciones y problemas de tipo metodológico. Por otro lado, como se ha indicado, no hay suficientes estudios sobre la eficacia de la musicoterapia en función del perfil de paciente y pocos estudios se han realizado con pacientes no hospitalizados. El tratamiento de la sintomatología y la rehabilitación de los déficits cognitivos, de la cognición social y de la mejora del funcionamiento cotidiano, que caracterizan el trastorno, se ha venido abordando mediante tratamientos farmacológicos, psicológicos y psicosociales, sin embargo, pese a tener evidencias de su eficacia, ésta no es la misma en todos los pacientes y un porcentaje amplio no consiguen una recuperación funcional (Frances, 2014; González-Pardo & Pérez-Álvarez, 2007; Whitaker, 2015). De ahí la necesidad de introducir nuevas intervenciones que contribuyan a una mayor mejora de su sintomatología y capacidad de funcionamiento.

Entidades como la Biblioteca Cochrane (Jung y Newton, 2009; Geretsegger et al., 2017) o el NICE (National Institute for Health and Care Excellence, UK) en su guía de

intervención en psicosis y esquizofrenia (NICE clinical guideline CG178, 2017), dentro del grupo de intervenciones psicológicas y psicosociales, recomiendan la utilización de musicoterapia junto con otras intervenciones psicoterapéuticas. El objetivo de la musicoterapia es permitir que los pacientes desarrollen nuevas formas de relacionarse con los demás, de expresarse, de aceptarse y de comprender los sentimientos que puedan haber surgido en el proceso creativo (Ceccato et al., 2006; Fancourt et al., 2019; Grocke et al., 2014; Silverman, 2013; van Goethem & Sloboda, 2011). La musicoterapia puede ofrecer un encuentro terapéutico muy diferente en comparación con los tratamientos actuales y tiene el potencial de abordar dominios intrapersonales e interpersonales y promover la apertura de canales de comunicación y expresión emocional (Carr et al., 2017; Benenzon, 2000; Gold et al., 2009).

Al mismo tiempo, se han encontrado efectos positivos de la musicoterapia sobre el funcionamiento cognitivo en pacientes con esquizofrenia (Kwon et al., 2013; Mössler et al., 2012).

Los resultados relacionados con la cognición social han demostrado que al escuchar música se activan automáticamente áreas dedicadas a la atribución del estado mental (ToM) (Koelsch, 2009; Steinbeis & Koelsch, 2009). Estos efectos pueden estar en la base de las evidencias encontradas en la mejora del funcionamiento social a través de la musicoterapia. Sin embargo, no hay estudios sobre el efecto de la musicoterapia sobre la cognición social en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Estos aspectos justifican la evaluación de la cognición social en el presente estudio.

Por otro lado, la evidencia indica que el tratamiento con musicoterapia mejora las capacidades de expresión y regulación emocional de la persona (Hanson-Abromeit, 2015). La implicación de la regulación emocional en la resistencia al estigma (Raij et al. 2014) junto a la

evidencia de la implicación del fenómeno musical en el circuito cerebral asociado (Green et al., 2012) puede estar en la base de los efectos de la musicoterapia en la reducción del autoestigma. En el estudio de Silverman (2013) la musicoterapia mostró ser un método creativo eficaz para reducir el autoestigma y el estigma experimentado en pacientes hospitalizados. En pacientes ambulatorios estudios cuasi-experimentales y de caso único, ofrecen resultados favorables a considerar que la musicoterapia contribuye a reducir el estigma percibido (Francomano et al., 2011; Jackson, 2015).

Estos resultados indican que cualquier investigación destinada a valorar la eficacia de la musicoterapia aplicada a los trastornos mentales graves, debería incluir alguna variable relacionada con el autoestigma.

El objetivo de la presente investigación es el de evaluar la eficacia de un programa de musicoterapia en un entorno clínico, mediante un ensayo controlado aleatorizado que permita superar las limitaciones y los problemas metodológicos que han tenido investigaciones anteriores. Además, el estudio se realizará con pacientes en situación ambulatoria, no con pacientes hospitalizados que ha sido el ámbito en el que se han desarrollado la mayoría de los estudios. Así mismo incorporará como medida del efecto del tratamiento las variables tradicionalmente utilizadas en los estudios de evaluación de programas de musicoterapia en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, así como otras poco o nada evaluadas en estas intervenciones como son el autoestigma y la cognición social.

5.2. OBJETIVOS

La presente tesis se plantea un objetivo principal (OP) del que se derivan una serie de objetivos específicos (OE) que a continuación se detallan:

OP: Diseñar y aplicar un programa de musicoterapia grupal a pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo en régimen ambulatorio, como tratamiento complementario a la intervención psicosocial habitual, y valorar el efecto del mencionado programa sobre distintas variables clínicas, autoestima, cognición social, estigma internalizado, funcionamiento social y calidad de vida. La valoración se realizará mediante la comparación del grupo clínico en las mediciones pre y post intervención, así como mediante la comparación con el grupo control que sigue el tratamiento estándar. De aquí se derivan los siguientes objetivos específicos:

OE1: Estudiar el efecto de la intervención sobre la sintomatología característica de la psicosis (sintomatología positiva, negativa y psicopatología general)

OE2: Evaluar si hay mayor descenso de la ansiedad, tanto estado como rasgo, de los participantes del grupo clínico respecto al control.

OE3: Evaluar si se ha producido un descenso significativo mayor de la sintomatología depresiva en el grupo de tratamiento.

OE4: Valorar la evolución de la autoestima de los participantes en función del tratamiento recibido.

OE5: Evaluar los cambios en los dominios de la cognición social, como el procesamiento emocional y teoría de la mente (ToM) después de la aplicación de las intervenciones.

OE6: Medir el posible cambio en los niveles de estigma internalizado de los pacientes de ambos grupos.

OE7: Valorar el funcionamiento social de los participantes después de la aplicación de los programas de intervención.

OE8: Evaluar el posible cambio en la calidad de vida de los participantes en función del grupo de terapia.

5.3. HIPÓTESIS

Los objetivos específicos descritos anteriormente, se concretan a nivel operativo en las siguientes hipótesis de trabajo:

H1: La sintomatología mejorará más en el grupo con intervención musicoterapéutica grupal. La musicoterapia está especialmente indicada para mejorar la sintomatología negativa, con lo que se espera una mayor reducción de las puntuaciones en sintomatología negativa en los participantes del grupo de musicoterapia que en el grupo control.

H2: Los niveles de ansiedad en estado y en rasgo se reducirán más en el grupo con intervención musicoterapéutica.

H3: Los síntomas depresivos disminuirán más en el grupo con intervención musicoterapéutica.

H4: Los valores en autoestima aumentarán más en el grupo con el tratamiento en musicoterapia complementario al tratamiento habitual.

H5: La cognición social mejorará después de la intervención combinada, lo que mostrará un mayor aumento de las puntuaciones en procesamiento emocional y teoría de la mente. La magnitud de la mejora en cognición social se espera superior en el grupo de tratamiento que en el grupo control.

H6: Los valores en autoestigma se reducirán después de la intervención a grupal. La magnitud de la reducción de las puntuaciones en autoestigma, se espera superior en el grupo de tratamiento que en el grupo control.

H7: Los valores en funcionamiento social aumentarán después de la intervención grupal. La magnitud de la mejora de las puntuaciones en funcionamiento social se espera superior en el grupo experimental que en el grupo control.

H8: Los valores en calidad de vida aumentarán después de la intervención grupal. La magnitud del aumento de las puntuaciones en calidad de vida, se espera superior en el grupo experimental que en el grupo control.

6. MÉTODO

6.1. DISEÑO

La investigación se llevó a cabo mediante un ensayo controlado aleatorizado (ECA) (Argimón y Jiménez, 2013), en el que se comparó un grupo experimental que recibió el programa de musicoterapia (MT) además de su tratamiento habitual (farmacológico y psicosocial) (TAU⁷⁶+ MT) con un grupo de control que recibió únicamente tratamiento habitual (TAU). Se aplicaron funciones al listado de usuarios utilizando el programa informático Excel para garantizar la asignación aleatoria de los participantes a los grupos. La evaluación se realizó tanto antes como después del tratamiento mediante una evaluación ciega realizada por psicólogos ajenos al equipo de investigación de este estudio.

6.2. PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

6.2.1. Bases teórico-prácticas

Para el presente estudio se ha diseñado un programa inspirado en una orientación de la práctica integral (Bruscia, 2016) que permite articular desde una aproximación pragmática diferentes enfoques teóricos. El programa combina planteamientos basados en la perspectiva neurocientífica (Hillecke et al., 2005; Koelsch, 2009; Legge, 2015), la musicoterapia psiquiátrica específica para el afrontamiento de la enfermedad y la recuperación (Silverman, 2015) y otras consideraciones extraídas de la investigación empírica: calidad de la intervención, relación dosis-efecto, tamaño del grupo y relación método-objetivo de la intervención. En esta línea, el programa está en consonancia con el hallazgo de Chung y Woods-Giscombe (2016), que observó que aquellos estudios que implementan una

⁷⁶ Las siglas corresponden a *Treatment As Usual*, que se utilizará a partir de este momento de cara a homogeneizar la terminología con la usada en las publicaciones de valoración de programas de intervención.

combinación de MT interactiva y receptiva producen mejoras significativas cuando se comparan con los estudios que aplican sólo una de las dos. Nuestro programa dedica más tiempo a la musicoterapia interactiva (un 75% aproximadamente) que a métodos receptivos (un 25% aproximadamente). Por ejemplo, se ha evidenciado la mejora de competencias relacionales entre los participantes a través de actividades centradas en la reproducción de la música (cantando o tocando canciones conocidas; orientación interactiva, método re-creativo) (Mössler et al., 2012). El método songwriting o composición de canciones, es otro método interactivo utilizado en población psiquiátrica con muy buenos resultados sobre variables como el autoestigma, la autoestima y el funcionamiento social (Grocke, 2014; Silverman, 2011; 2013; 2015). Por otro lado, la improvisación, como experiencia musical se ha vinculado con los mecanismos neuronales que subyacen a la regulación emocional, encontrándose argumentos solventes sobre las implicaciones resultantes para el tratamiento clínico desde la musicoterapia. La literatura también respalda esta orientación interactiva mediante la utilización del método de improvisación en contextos psiquiátricos (Degli Stefani & Biasuti, 2016; Pavlicevic, 1995; Talwar et al., 2006; Yang et al., 1998).

Los métodos y técnicas aplicados (recreativos, de composición, de improvisación y receptivos) están adaptados a los contextos psiquiátricos (Eyre, 2013; Silverman, 2015; Unkefer & Thaut, 2005). La utilización de cada método y/o técnica está protocolizada y se desarrollará deliberadamente en momentos concretos de las sesiones según el propósito específico que cada una cumple. Al igual que ocurre con otras intervenciones psicosociales evaluadas utilizando ensayos controlados aleatorizados una estandarización sistematizada aplicada de forma rígida e inflexible sin tener en cuenta el contexto, puede alejarla de su aplicación en el mundo real (Hawe et al., 2004). Además, existe un amplio consenso en que la recuperación debe ser individualizada/centrada en la persona, y que está conectada

centralmente con estructuras de empoderamiento, propósito y esperanza (Ellison et al., 2018). La orientación a la recuperación tiene claras similitudes con la perspectiva Orientada a los Recursos en musicoterapia (Solli & Rolvsjord, 2015). Gold et al. (2013) llevaron a cabo un estudio multi-céntrico poniendo a prueba esta concepción con una metodología de investigación que suele concebirse como fuertemente estandarizada aplicando sesiones individuales. En el mencionado estudio la MT+TAU fue superior al TAU, mostrando diferencias estadísticamente significativas en mejora de los síntomas negativos totales, el funcionamiento, las impresiones clínicas globales, la evitación social a través de la música y la vitalidad. En nuestro estudio, el diseño del programa se concibe como una intervención grupal. La implementación del programa protocolizado, aunque mantiene elementos esenciales estandarizados para favorecer su replicabilidad, permite sin embargo un cierto grado de flexibilidad para poder responder a las necesidades del cliente, acomodar las emergencias y adaptarse a los gustos, deseos y necesidades personales. De cara a acoger estos aspectos se atendió al cumplimiento de las recomendaciones del Manual de Principios de la Terapia Orientada a los Recursos (Rolvsjord et al., 2005).

6.2.2. Principios Terapéuticos: Musicoterapia centrada en los recursos

La guía que proponen Rolvsjord et al., (2005) realiza una formulación de los principios terapéuticos basados en la experiencia clínica y los estudios teóricos sustentada por la literatura sobre factores contextuales y la colaboración en la terapia con clientes con problemas mentales. La guía describe actitudes y comportamientos terapéuticos generales, así como actitudes específicas dentro de la interacción musical comprendiendo los siguientes:

1. Principios terapéuticos únicos y esenciales para la musicoterapia orientada a los recursos. Estos principios se entienden como centrales y definitorios para este enfoque y

perspectiva, y sólo en un grado muy limitado se han articulado como centrales y definitorios en los modelos de musicoterapia existentes.

1.1 Centrarse en los puntos fuertes y potenciales del cliente.

1.2 Reconocer la competencia del cliente en relación con su proceso terapéutico.

1.3 Colaborar con el cliente en cuanto a los objetivos de la terapia y los métodos de trabajo.

1.4 Reconocer la identidad musical del cliente.

1.5 Implicarse emocionalmente en la música.

1.6 Fomentar las emociones positivas.

2. Principios terapéuticos esenciales pero no únicos de este enfoque. Esta categoría es fundamental para la perspectiva de musicoterapia orientada a los recursos, pero también lo es para los modelos de musicoterapia existentes. Estos principios son tan importantes como los anteriores.

2.1 Involucrar al cliente en la interacción musical (como la improvisación musical, la creación de canciones, la interpretación de música pre-compuesta o la escucha de música).

2.2 Reconocer y fomentar las habilidades y los potenciales musicales.

2.3 Reflexionar verbalmente sobre la música y la interacción musical.

2.4 Escuchar e interactuar con empatía.

2.5 Sintonizar con las expresiones musicales del cliente.

2.6 Colaborar con el cliente en lo que respecta a la duración y la finalización del proceso terapéutico.

3. Principios terapéuticos aceptables pero no necesarios. En esta categoría se describen acciones terapéuticas que podrían ser relevantes en algunos casos pero que no son consideradas esenciales y definitorias para la musicoterapia orientada a los recursos.

3.1 Enseñar instrumentos/música

3.2 Compartir las propias experiencias

3.3 Presentar/interpretar música con el cliente fuera del entorno de la terapia

3.4 Proporcionar fundamentos terapéuticos

3.5 Tener la música como objetivo principal de la terapia

3.6 Reflexionar verbal y musicalmente sobre los problemas

4. Los principios terapéuticos prohibidos son acciones terapéuticas que se consideran muy contradictorias con una perspectiva orientada a los recursos.

4.1 Descuidar los puntos fuertes y potenciales del cliente

4.2 Centrarse en la patología

4.3 Evitar los problemas emergentes y las emociones negativas

4.4 Dirigir con un estilo no colaborativo

A continuación detallamos cómo se articuló el programa, así como la planificación del mismo, diseñada para conciliar el rigor metodológico con el pluralismo teórico y una orientación centrada en la persona.

6.2.3. Diseño del programa

6.2.3.1. Frecuencia, duración y calidad de la Intervención

Partiendo de la premisa de la musicoterapia orientada a los recursos, compartimos la idea de que la calidad de la intervención en términos de consideración del proceso de la persona hace recomendable aplicar la intervención musicoterapéutica de manera individual. No obstante, nuestro estudio, por razones temporales, de recursos humanos y económicos,

necesariamente debía de realizarse de manera grupal, requiriendo, por razones obvias una mayor estandarización.

El programa consta de un total de 22 sesiones de musicoterapia grupal, con una frecuencia de una sesión a la semana y una duración de entre 45 y 60 minutos. El número de sesiones se estableció para asegurar que la intervención no excediera los límites de temporalidad para los usuarios del centro. De esta manera podíamos controlar que tanto la intervención como las valoraciones post, se realizaban para toda la muestra dentro del periodo de alta en el centro. El número de sesiones planificado se encuentra dentro de un rango considerado suficiente para lograr tamaños de efecto moderados-elevados (Gold et al., 2009), más de 20 sesiones son consideradas por la literatura como dosis alta, y una duración a medio plazo (entre 13 y 26 semanas) (Mössler, 2011). El programa fue implementado por el autor de la presente tesis, trabajador del centro donde se desarrolló la investigación: máster oficial en musicoterapia, así como máster y supervisor del modelo Benenzon, Psicólogo General Sanitario, máster en rehabilitación e inserción social del TMG y con 17 años de experiencia en Salud Mental.⁷⁷

6.2.3.2. Valoración Inicial

Antes del inicio del programa, se realizó a los participantes una entrevista musicoterapéutica para diseñar la planificación del tratamiento.⁷⁸ Se administró una adaptación del Registro de Musicoterapia (Benenzon et al., 2008, pp. 139-140) que consiste en una entrevista semi-estructurada que aborda la historia sonora, la relación de la persona con la música y sus preferencias musicales⁷⁹. Favorece la elección de los instrumentos, la

⁷⁷ En un diseño de investigación además de la cualificación mínima requerida del musicoterapeuta, se recomienda informar en detalle de la capacitación y la experiencia del profesional en base a criterios de calidad de la intervención (Robb et al., 2011).

⁷⁸ En el Anexo 13, p. 299, puede consultarse la ficha musicoterapéutica utilizada en el estudio.

selección y preparación de canciones que sean significativas, además de prever la adaptación de los procedimientos del método en función de las capacidades y necesidades de la persona.

6.2.3.3. Estructura y protocolos

Las sesiones presentan una estructura común que se compone de cuatro momentos: ***Inicio, Caldeamiento, Trabajo y Cierre.***

Las sesiones se celebraron siempre en la misma sala, que se eligió por cumplir los requisitos técnicos recomendados de ubicación, privacidad y sonido ambiente (Benenzon, 2000; Poch, 2013). Sobre un espacio diáfano, la disposición de las sillas en círculo y en el centro del mismo se ubica una moqueta donde se disponen los instrumentos.

Figura 1

Imagen del espacio y disposición de materiales al inicio de la sesión



Los cambios en la disponibilidad de los instrumentos y materiales se realizan de forma gradual según el proceso, para fomentar los sentimientos de seguridad y pertenencia.

Antes y después de cada sesión, se completan protocolos para garantizar que la incorporación de componentes físicos se realice de manera uniforme en cada grupo ya que

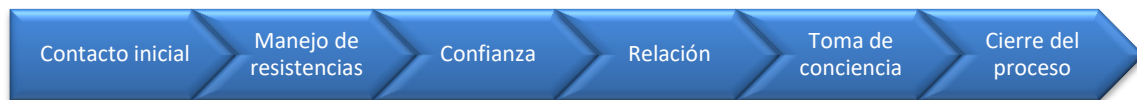
progresivamente se irán incorporando instrumentos (huevos shakers, djembe, darbuka, caja china, claves, panderos, baquetas, agogó, pandereta, cajón rumbero, güiro, ocean drum, campanas, bongos, carillón, kalimba, boomwhackers, cabassa, maracas y guitarra), folios con letras de canciones impresas, altavoz para la experiencia receptiva, y pizarra para apoyar la escritura de canciones. Se incluyeron notas de sesión para mantener la coherencia del proceso en las fases comunes (Robb et al., 2011).

6.2.3.4. Fases del proceso

El programa se diseñó utilizando un enfoque basado en el proceso, adaptando el contenido y los métodos a diferentes fases de proceso terapéutico:

Figura 2

Fases del proceso terapéutico



Esta planificación se corresponde a una organización de contenidos coherentes con los objetivos terapéuticos susceptibles de ser alcanzados mediante determinados métodos. A continuación se describen estas relaciones acompañadas de evidencias que las justifican.

a) Contacto inicial

El inicio del proceso, el musicoterapeuta puede enfrentar a la persona a sentimientos de vergüenza, duda o inseguridad relacionados con la interacción y la expresión a través de los procedimientos basados en la música. Por estos motivos, en esta fase se incorporaron técnicas que no supusieran demasiada exposición para los usuarios. Estas fueron aplicadas de manera progresiva atendiendo de menor a mayor implicación emocional y diferentes canales de comunicación no verbal (cuerpo, instrumentos, voz), antes de presentar propuestas donde se favoreciera la integración y expresión a través de todos los canales de comunicación. En

esta fase se incorpora la improvisación instrumental grupal no referencial⁸⁰ que se ha visto útil como medio para formar la alianza terapéutica (Kim, 2016). La vivencia de las experiencias es gradual, así como la exposición a la verbalización, lo que permite atender y manejar las posibles resistencias. Por esto, en esta fase, la retroalimentación verbal tras el momento del *Trabajo* ocupa un breve espacio temporal.

La experiencia del paciente juega un papel fundamental a la hora de preparar el *Cierre*, eligiendo un final musical, que consiste en el canto grupal de una canción popular. Este método permite favorecer la separación y la vuelta al mundo fuera de la sesión. La incorporación de canciones cantadas, seleccionadas por los participantes de su propia colección o creadas por el grupo, ha sido documentada en numerosas ocasiones destacando las cualidades de proporcionar estructura y fomentar el sentido de pertenencia favoreciendo la cohesión grupal (Bruscia, 2016; Cassity & Cassity, 2006; Silverman, 2009; Silverman, 2011).

b) Manejo de resistencias

A partir de la quinta sesión, los contenidos y métodos se planifican para favorecer la transición del *Manejo de resistencias* a la *Confianza*. En esta fase se invita a los participantes a compartir con el grupo sus canciones significativas. Como método receptivo⁸¹ se incorpora la escucha activa de canciones elegidas por los propios usuarios de manera individual. El terapeuta preparaba la reproducción a través de un altavoz de alta calidad con conexión wi-fi a internet. Una vez reproducida se invita a la verbalización del significado personal de la obra, tema o canción por parte del protagonista, así como la aportación posterior de cada miembro del grupo. En este método se favorece el análisis lírico y la expresión emocional, además de

⁸⁰ El término “referencial” o “programada” se utiliza en musicoterapia cuando la música utilizada en la improvisación está organizada y hace referencia a algo externo; una verbalización, un sentimiento, un acontecimiento, una imagen, etc. Si la música es creada y organizada sin representar o referirse a algo externo, y solo responde a consideraciones estrictamente musicales, se considera improvisación “no referencial” (Bruscia, 2010).

⁸¹ Correspondería a la Técnica receptiva 1, puede consultarse en la Tabla1 p. X,

fomentar el respeto, el conocimiento mutuo, la flexibilidad, la identificación y reconocimiento de emociones.

c) Confianza

Siguiendo un procedimiento similar, y respetando las resistencias, las dificultades a la exposición y las características más emergentes de algunos participantes, se fue incorporando en paralelo la técnica de canto individual⁸², con soporte armónico, de canciones elegidas por los propios participantes. Tras la interpretación, el usuario expresaba las motivaciones de elegir ese tema en particular, lo que significaba para él y como se había sentido en la interpretación. Posteriormente recibía feedback del grupo orientado al contenido de la canción, las emociones percibidas, los sentimientos asociados y otros aspectos captados desde la escucha activa, construyendo una reflexión constructiva y una interacción empática.

El tiempo que se le conceda a cada participante no será fijo, ya que dependerá de la canción, de sus propias necesidades y capacidades, así como del contenido que desee expresar. En el detalle del programa (Tabla 1) aunque hay una numeración de los participantes en estas técnicas, esta no implica un orden necesario de participación. Aunque todos los participantes pasarán por ambas experiencias, se respetarán los tiempos de latencia a la exposición y la emergencia de cada participante.

d) Relación

Aunque desde el inicio se abordan estos aspectos, entre las sesiones 8 y 16, se plantea incorporar métodos que favorezcan el dominio interpersonal en lo que identificaríamos con la fase de *relación*. Una vez superadas las primeras resistencias, la cohesión grupal y la confianza con los demás se ven aumentadas por el trabajo previo.

⁸² Técnica activa 1. Ver tabla 1.

Este es el momento de plantear métodos que requieren un mayor diálogo entre los participantes, conocimiento mutuo e interacción. En coherencia, en esta fase se incorpora el trabajo de composición de canciones o *Songwriting*. De este método, además, cabe destacar el fortalecimiento de la alianza terapéutica y el desarrollo de estrategias de afrontamiento en pacientes psiquiátricos (Silverman, 2015). Además, se introducen improvisaciones referenciales sobre estados emocionales en el espacio de *caldeamiento*.

Los contenidos de este espacio de expresión precede el *trabajo* a través del *Songwriting*. De esta manera se favorece la expresión emocional y la proyección de contenidos a través de las verbalizaciones vocales o escritas orientadas a componer las canciones. En ambos momentos se pone en juego la *relación* con el otro a través de la expresión de gustos, la expresión de vivencias, la escucha y la negociación. Esto permite ir construyendo la identidad del grupo y consolidando la cohesión grupal.

Las directrices que aparecen en el programa (Tabla 1) sobre la emoción, el género musical y las características rítmicas para la escritura de canciones son una orientación y pueden funcionar como un disparador creativo en los casos en los que no surjan ideas. En estos espacios se priorizará la aparición de deseos y necesidades de los participantes, así como aspectos de su identidad musical como los que se deriven de la propia cohesión grupal. La escritura de canciones proporciona opciones creativas para las conexiones sociales (Grocke et al., 2014) y ofrece a los pacientes un método atractivo y creativo para expresarse sin temor a ser juzgados, para compartir sus perspectivas de los problemas que están experimentando y para ver cómo pueden potencialmente hacer frente a estos problemas en un formato creativo y dinámico (Silverman, 2013; Silverman, 2020).

e) Toma de conciencia

La anticipación de la finalización del programa de intervención desde la decimoquinta sesión favorece que se active la reflexión sobre los contenidos que los participantes se han permitido expresar musical y verbalmente hasta el momento. Este punto de inflexión marca el inicio de una fase de *toma de conciencia* del proceso. Se orienta a compartir los aspectos individuales y relacionales que los participantes han percibido que han cambiado, en el espacio grupal y en su contexto.

De la sesión 16 a la 22 el *caldeamiento* retoma las dinámicas y los juegos musicales, enfocados a favorecer la integración sensorial. El *trabajo* reduce progresivamente los tiempos dedicados a la verbalización ampliando la interacción con los elementos musicales: negociación de las variaciones dinámicas, definición de las melodías, favorecimiento del canto en grupo, preferencias por cantar o tocar un instrumento.

f) Cierre del proceso

Como se ha advertido, los aspectos de cierre se anticipan y se acompañan en los contenidos y método del programa. Sin embargo, la última sesión, si bien cierra el programa tal y como se ha planificado sirve para valorar el interés y motivación de los participantes de dar continuidad a los contenidos trabajados. Dentro del área de procesos creativos, la oferta del centro se orienta a incluir actividades abiertas a la comunidad. Estas actividades pueden servir para dar continuidad al deseo de perfeccionar las canciones compuestas y la motivación de poder mostrarlas como producto creativo en el futuro, aunque causen baja del centro.

6.2.3.5. Descripción de las sesiones

En la tabla 1 se presenta un resumen de la estructura y contenido de todas las sesiones.

Tabla 1

Estructura y contenido de las sesiones

| Contenido | Inicio | Caldeamiento | Trabajo | Cierre |
|---|--|---|--|--|
| <i>Sesión 1</i> | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Presentación del programa • No es necesario saber solfeo • No es necesario tener conocimientos musicales • No es necesario saber cantar • No hay objetivos estéticos • Todos somos musicales • Todos podemos comunicarnos a través de la música, los sonidos y de manera no verbal. | <ul style="list-style-type: none"> • Presentación usuarios • Ventilación: Puesta en común de expectativas • Feedback: Aclaraciones sobre los objetivos de la musicoterapia. | <ul style="list-style-type: none"> • Toma de contacto con el sonido del cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> - Juegos rítmicos corporales - Incorporación de reglas | <ul style="list-style-type: none"> • Presentación del trabajo a través del <i>Body Percussion</i>. <ul style="list-style-type: none"> - Dinámicas con incorporación de elementos corpóreos/ lateral-horizontal. - Incorporación de movimiento. - Propuestas de los participantes - Aumento progresivo de la dificultad. • Feedback verbal de lo experimentado | <ul style="list-style-type: none"> • Cierre musical: <ul style="list-style-type: none"> - Canción popular. Propone el emergente del grupo |
| <i>Sesión 2</i> | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Reducir temores • Ventilar miedo al ridículo • Recuperar capacidad de juego • No hay respuestas incorrectas • No se juzga • No se valora • Con-divertirse. Divertirse con el otro | <ul style="list-style-type: none"> • Saludos • Presentación de la sesión • Focalizar la atención | <ul style="list-style-type: none"> • Toma de contacto con la voz <ul style="list-style-type: none"> - Dinámicas musicales con la voz - Incorporación de reglas - Sonidos vocales | <ul style="list-style-type: none"> • Presentación del trabajo a través de la voz <ul style="list-style-type: none"> - Dinámicas e Incorporación de elementos - Armónicos y armonía - Propuestas - Aumento progresivo de la dificultad. • Feedback verbal de lo experimentado | <ul style="list-style-type: none"> • Cierre musical: <ul style="list-style-type: none"> - Interpretación vocal guiada |

| Contenidos | Inicio | Caldeamiento | Trabajo | Cierre |
|---|---|--|--|--|
| Sesión 3 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • El instrumento como mediador • Los instrumentos no se rompen, se transforman • Permitirse tocar, permitirse sonar, permitirse ser, permitirse decir, permitirse comunicar. • Escuchar y ser escuchado • Tolerancia a la frustración | <ul style="list-style-type: none"> • Saludos • Presentación de la sesión • Focalizar la atención | <ul style="list-style-type: none"> • Toma de contacto con los instrumentos <ul style="list-style-type: none"> - Elegir instrumento - Cambio de instrumento - Tocar solo/tocar juntos | <ul style="list-style-type: none"> • Presentación del trabajo a través de los instrumentos • Juego musical: <ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de reglas por parte de los participantes • Feedback verbal de lo experimentado | <ul style="list-style-type: none"> • Cierre musical: <ul style="list-style-type: none"> - Interpretación Instrumental guiada |
| Sesión 4 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer Vínculo terapéutico • Iniciar trabajo de integración sensorial • Iniciar trabajo en toma de iniciativa • Expresión/descarga/catarsis • Contemplación de las dinámicas grupales | <ul style="list-style-type: none"> • Saludos • Presentación de la sesión • Focalizar la atención | <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica Musical. Toma de contacto con la integración de todos los elementos: <ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de los instrumentos, la voz, y la percusión corporal. | <ul style="list-style-type: none"> • Experiencia de Improvisación Libre | <ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento verbal de la experiencia |
| Sesión 5 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar trabajo de autoconocimiento • Iniciar trabajo de escucha activa • Iniciar trabajo de expresar opiniones | <ul style="list-style-type: none"> • Saludos • Presentación de la sesión • Focalizar la atención | <ul style="list-style-type: none"> • Improvisación libre • Diálogo terapéutico de la experiencia | <ul style="list-style-type: none"> • Presentación técnica activa 1: Canto individual con acompañamiento armónico: <i>“Cantando mi canción favorita”</i> <ul style="list-style-type: none"> - Participante 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento verbal de la experiencia • Cierre musical: <ul style="list-style-type: none"> - Canto en grupo de canción popular negociada por el grupo. |

| Contenidos | Inicio | Caldeamiento | Trabajo | Cierre |
|--|--|--|--|---|
| Sesión 6 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Alianza terapéutica • Trabajo de autoconocimiento • Trabajo en toma de iniciativa • Trabajo en reconocimiento del otro • Diferenciación/Proximidad • Expresión de gustos y opiniones • Ventilar miedo al ridículo | <ul style="list-style-type: none"> • Saludos • Establecer <i>rapport</i> • Presentación de la sesión: | <ul style="list-style-type: none"> • Improvisación libre | <ul style="list-style-type: none"> • Presentación técnica receptiva 1. Escucha activa/análisis lírico: “Compartiendo otro tema favorito” <ul style="list-style-type: none"> - Participante 1. - Feedback de lo experimentado - Tarea: Invitación a revisar tema de escucha. | <ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento verbal de la experiencia • Cierre musical: Canción popular |
| Sesión 7 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Alianza terapéutica • Trabajo de autoconocimiento • Trabajo de escucha activa • Trabajo en toma de iniciativa • Trabajo en reconocimiento del otro • Expresión de gustos y opiniones • Inicio trabajo de cohesión grupal | <ul style="list-style-type: none"> • Saludos • Establecer <i>rapport</i> • Presentación de la sesión: | <ul style="list-style-type: none"> • Improvisación libre | <ul style="list-style-type: none"> • Técnica receptiva 1. Participante 2 • Técnica activa 1. Participante 2. <ul style="list-style-type: none"> - Feedback personal - Feedback grupal | <ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento verbal de la experiencia • Cierre musical: Canción popular |
| Sesión 8 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Alianza terapéutica • Trabajo de autoconocimiento • Toma de iniciativa • Cohesión grupal | <ul style="list-style-type: none"> • Saludos • Establecer <i>rapport</i> • Presentación de la sesión: | <ul style="list-style-type: none"> • Improvisación referencial <ul style="list-style-type: none"> - Improvisación guiada/ regulación de los niveles de arousal/activación | <ul style="list-style-type: none"> • Técnica receptiva 1. usuario 3 y 4 • Técnica activa 1. Usuario 3 y 4 | <ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento verbal de la experiencia • Cierre musical: Canción popular |

| Contenidos | Inicio | Caldeamiento | Trabajo | Cierre |
|--|--|---|---|---|
| Sesión 9 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Consolidación de la alianza terapéutica • Expresión/reconocimiento de emociones | <ul style="list-style-type: none"> • Saludos • Establecer <i>rapport</i> • Presentación de la sesión: | <ul style="list-style-type: none"> • Improvisación referencial Improvisación guiada/ regulación de los niveles de arousal/descarga | <ul style="list-style-type: none"> • Técnica receptiva 1. usuario 5 y 6 • Técnica activa 1. Usuario 5 y 6 | <ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento verbal de la experiencia • Cierre musical: Canción popular |
| Sesión 10 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Consolidación de la alianza terapéutica • Trabajo de autoconocimiento • Trabajo de escucha activa • Trabajo en toma de iniciativa • Trabajo en reconocimiento del otro • Expresión de gustos y opiniones • Consolidación cohesión grupal | <ul style="list-style-type: none"> • Saludos • Establecer <i>rapport</i> • Presentación de la sesión | <ul style="list-style-type: none"> • Improvisación referencial Improvisación guiada/ regulación de los niveles de arousal/catarsis | <ul style="list-style-type: none"> • Experiencia de libre improvisación | <ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento verbal de la experiencia • Cierre musical: Canción popular |
| Sesión 11 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Songwriting</i> • Conciencia del esquema corporal | <ul style="list-style-type: none"> • Saludos • Establecer <i>rapport</i> • Presentación de la sesión | <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica exploración del espacio - Movimiento y sonido de la naturaleza y el cuerpo | <ul style="list-style-type: none"> • Presentación del <i>Songwriting</i> - Técnica de sustitución /Canción 1: pop. | <ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento verbal de la experiencia • Cierre musical: Canción popular |

| Contenidos | Inicio | Caldeamiento | Trabajo | Cierre |
|--|---|--|---|--|
| Sesión 12 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de autoconocimiento • Trabajo de toma de conciencia del cuerpo en movimiento • Aumentar integración sensorial • Reducir miedo al ridículo • Aumentar cohesión grupal • Trabajo de afrontamiento • Expresión/ reconocimiento de emociones | <ul style="list-style-type: none"> • Saludos • Establecer <i>rapport</i> • Presentación de la sesión | <ul style="list-style-type: none"> • Improvisación referencial Improvisación guiada/ regulación de los niveles de arousal/calma | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Songwriting</i> - Canción 2: Lento/reflexivo/pop-clásico-popular | <ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento verbal de la experiencia • Cierre musical: Canción popular |
| Sesión 13 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de autoconocimiento • Trabajo de toma de conciencia del cuerpo • Aumentar Integración sensorial • Trabajo de afrontamiento Trabajo de autoconocimiento • Expresión/ reconocimiento de emociones • Reflexiones sobre el estigma | <ul style="list-style-type: none"> • Saludos • Establecer <i>rapport</i> • Presentación de la sesión | <ul style="list-style-type: none"> • Improvisación referencial Improvisación guiada/ Enfado/ Expresión de la Ira | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Songwriting</i> - Tema 3 Fuerte/descarga/rock-hip hop | <ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento verbal de la experiencia • Cierre musical: - Canción grupal: Canción compuesta por el grupo |

| Contenidos | Inicio | Caldeamiento | Trabajo | Cierre |
|---|---|--|---|--|
| Sesión 14 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de autoconocimiento • Trabajo de toma de conciencia del cuerpo • Aumentar integración sensorial • Trabajo de afrontamiento • Expresión/ reconocimiento de emociones • Reflexiones sobre el estigma | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del <i>rapport</i> • Presentación de la sesión | <ul style="list-style-type: none"> • Improvisación referencial Improvisación guiada/ Miedo/ consigna sobre el miedo | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Songwriting</i> - Tema 4/ Pop-rock | <ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento verbal de la experiencia • Cierre musical: - Canción grupal: Canción compuesta por el grupo |
| Sesión 15 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cohesión grupal • Conflicto-negociación • Anticipación del cierre • Trabajo pérdida • Reconstrucción • Reinventarse • Proyectar desde el presente | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del <i>rapport</i> • Presentación de la sesión | <ul style="list-style-type: none"> • Improvisación referencial Improvisación guiada/ miedo/ consigna sobre el miedo | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Songwriting</i> - Tema 5/ Blues - Diálogo terapéutico de la experiencia | <ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento verbal de la experiencia • Cierre musical: - Canción grupal: Canción compuesta por el grupo |
| Sesión 16 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cohesión grupal • Anticipación del cierre • Rememoración e integración • Reconstrucción • Reinventarse • Proyectar desde el presente | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del <i>rapport</i> • Presentación de la sesión | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Body Percussion</i>; Dinámicas rítmicas. - Rememoración - Complejidad creciente - Recomendaciones, tareas | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Songwriting</i> - Rememoración de composiciones del grupo - Integración de elementos | <ul style="list-style-type: none"> • Cierre musical: - Canción grupal: Canción compuesta por el grupo |

| Contenidos | Inicio | Caldeamiento | Trabajo | Cierre |
|---|---|--|---|---|
| Sesión 17 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cohesión grupal • Reconstrucción • Reinventarse • Autoestima • Autoestigma • <i>Insight</i> • Proyectar desde el presente • Integración de herramientas terapéuticas/ uso de la música en todos sus elementos • Recomendaciones y tareas de continuidad | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del <i>rapport</i> • Presentación de la sesión | <ul style="list-style-type: none"> • Dinámicas vocales/ Interpretación: <ul style="list-style-type: none"> - Rememoración - Complejidad creciente - Armonía - Recomendaciones | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Songwriting</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rememoración de composiciones del grupo - Integración de elementos - Arreglos musicales/ roles, instrumentos | <ul style="list-style-type: none"> • Cierre musical: <ul style="list-style-type: none"> - Canción grupal: Canción compuesta por el grupo |
| Sesión 18 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cohesión grupal • Reconstrucción • Reinventarse • Reconocimiento • Autoestima • Autoestigma • <i>Insight</i> • Proyectar desde el presente • Integración de herramientas terapéuticas/ uso de la música en todos sus elementos • Recomendaciones y tareas de continuidad | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del <i>rapport</i> • Presentación de la sesión | <ul style="list-style-type: none"> • Dinámicas de integración sensorial: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Boom Whackers</i>/voz /movimiento - Complejidad creciente - Armonía - Recomendaciones | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Songwriting</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rememoración de composiciones del grupo - Integración de elementos - Arreglos grupales - Feedback grupal | <ul style="list-style-type: none"> • Cierre musical: <ul style="list-style-type: none"> - Canción grupal: Canción compuesta por el grupo |

| Contenidos | Inicio | Caldeamiento | Trabajo | Cierre |
|---|---|--|--|---|
| Sesión 19 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cohesión grupal • Reconstrucción • Reinventarse • Reconocimiento • Autoestima • Autoestigma • <i>Insight</i> • Proyectar desde el presente • Integración de herramientas terapéuticas/ uso de la música en todos sus elementos • Recomendaciones y tareas de continuidad | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del <i>rapport</i> • Presentación de la sesión | <ul style="list-style-type: none"> • Dinámicas de integración sensorial: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Boom Whackers</i>/voz /movimiento - Complejidad creciente - Armonía Recomendaciones | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Songwriting</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rememoración de composiciones del grupo - Integración de elementos - Arreglos musicales - Feedback grupal | <ul style="list-style-type: none"> • Cierre musical: <ul style="list-style-type: none"> - Canción grupal: Canción compuesta por el grupo |
| Sesión 20 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cohesión grupal • Reconstrucción • Reconocimiento • Autoestima • Autoestigma • <i>Insight</i> • Proyectar desde el presente • Integración de herramientas terapéuticas/ uso de la música en todos sus elementos • Recomendaciones y tareas de continuidad | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del <i>rapport</i> • Presentación de la sesión | <ul style="list-style-type: none"> • Dinámicas de integración sensorial: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Boom Whackers</i>/voz /movimiento - Complejidad creciente - Armonía Recomendaciones | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Songwriting</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rememoración de composiciones del grupo - Integración de elementos - Arreglos musicales - Feedback grupal | <ul style="list-style-type: none"> • Cierre musical: <ul style="list-style-type: none"> - Canción grupal: Canción compuesta por el grupo |

| Contenidos | Inicio | Caldeamiento | Trabajo | Cierre |
|--|---|---|---|---|
| <i>Sesión 21</i> | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Final del proceso • Reconstrucción • Reinventarse • Proyectar desde el presente • Integración de herramientas terapéuticas/ uso de la música en todos sus elementos • Tareas de continuidad | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del <i>rapport</i> • Presentación de la sesión | <ul style="list-style-type: none"> • Dinámicas de integración sensorial: | <ul style="list-style-type: none"> • Canto de Temas grupales con acompañamiento armónico • Escucha de temas grupales • Dialogo terapéutico del proceso | <ul style="list-style-type: none"> • Cierre musical: <ul style="list-style-type: none"> - Canción grupal: Canción compuesta por el grupo |
| <i>Sesión 22</i> | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Reflexiones sobre el proceso • Despedida • Tareas de continuidad | <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la sesión de despedida | <ul style="list-style-type: none"> • Juegos musicales | <ul style="list-style-type: none"> • Canto de temas grupales con acompañamiento armónico • Escucha de temas grupales • Dialogo terapéutico del proceso | <ul style="list-style-type: none"> • Cierre musical: <ul style="list-style-type: none"> - Canción grupal: Canción compuesta por el grupo |

6.3. PARTICIPANTES

Sesenta personas han formado parte del presente estudio. Los participantes en el estudio habían sido diagnosticados de esquizofrenia (n=42), trastorno esquizoafectivo (n=15) u otros trastornos en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (n=3) de acuerdo con los criterios del DSM-5 (APA, 2014). Todos eran usuarios, en el momento del estudio, del Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial (CREAP) cuya titularidad pertenece al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). La gestión integral del centro en el momento del estudio era llevada a cabo por la Fundación Ramón Rey Ardid. En la actualidad el *Área de atención directa y gestión del conocimiento* es gestionada por Eulen Servicios Socio-sanitarios S.A. Finalmente, la muestra quedó formada por 53 personas debido a que algunos de ellos abandonaron la terapia o no hicieron la evaluación final.

Todos los participantes mantenían seguimiento psiquiátrico en sus respectivas Unidades de Salud Mental y tenían tratamiento farmacológico con antipsicóticos.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron:

- Estar clínicamente estables. Al menos seis meses sin crisis activas ni ingresos hospitalarios.
- Tener entre 18 y 65 años.

En la investigación se excluyó a los pacientes que presentaban los siguientes criterios de exclusión:

- Presentar daño cerebral previo al diagnóstico.
- Presentar abuso activo de sustancias estupefacientes, al menos durante el último año.
- Presentar trastornos del estado de ánimo.

- Presentar trastornos mentales derivados del abuso de sustancias estupefacientes.
- Presentar alteraciones de conducta graves.
- Presentar déficit cognitivo o síntomas graves que dificultaran la comprensión de las implicaciones del consentimiento informado.
- Además, se excluyeron aquellos usuarios que ya estaban involucrados en actividades relacionadas con el arte para evitar cualquier factor de confusión.

En el apartado de procedimiento, la Figura 1 muestra mediante un diagrama de flujo el proceso de selección de participantes en cada fase del estudio. En la Tabla 2 se muestran los descriptivos de las variables demográficas de cada grupo.

La edad de los participantes se encontraba entre los 18 y los 65 años. La media de los participantes del grupo control (n=27) fue de 42.30 años con una desviación típica de 8.04, mientras que la del grupo experimental (n=26) fue de 35.76 años con una desviación típica de 9.94. La media global fue de 39.10 años (DT= 9.50).

Más de dos tercios de los participantes fueron del género masculino, concretamente un 79.24 % del total. El porcentaje de mujeres en el grupo control fue del 22.22 % mientras que el grupo control fue del 19.23%.

El nivel educativo, evaluado mediante el número de años de estudios fue de 10.78 años de media para el grupo control con una desviación típica de 3.64, y de 9.58 años y desviación típica de 2.83, para el grupo experimental. La media global fue de 10.19 años (DT= 3.29).

En cuanto a la cantidad de antipsicóticos, se valoró como es habitual, con la cantidad equivalente de miligramos de olanzapina (Leucht, Samara, Heres, & Davis, 2016). La media total fue de 7.80 (DT=10.18).

6.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

6.4.1. Variables sociodemográficas

Se preparó un cuestionario ad hoc⁸³ para registrar las variables: edad, género, años de estudio, diagnóstico y tratamiento farmacológico.

6.4.2. Variables clínicas

6.4.2.1. *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987; Peralta & Cuesta, 1994)*

Para la valoración de los **síntomas positivos y negativos** se administró la adaptación española de la PANSS⁸⁴. Evalúa el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia y la psicopatología general desde un punto de vista dimensional (gravedad del cuadro) y categorial (esquizofrenia positiva, negativa o mixta). Consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde esa doble perspectiva. Del total de ítems se conforman las siguientes 3 escalas:

- a) Escala positiva (PANSS-P): 7 ítems, evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal.
- b) Escala negativa (PANSS-N): 7 ítems, evalúa los déficits propios de este dominio sintomatológico.
- c) Psicopatología general (PANSS-PG): 16 ítems, evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión, ansiedad, orientación, etc.).

El tiempo aproximado de administración es de 30 a 40 minutos mediante entrevista estructurada que permite la observación directa de funciones afectivas, psicomotoras, cognitivas, perceptuales, atencionales, de integración y de interacción. La

⁸³ En el Anexo 3, p. 270, se puede ver la plantilla utilizada en el estudio.

⁸⁴ En el Anexo 4, p. 271, se puede ver la plantilla de la escala PANSS utilizada en el estudio.

escala permite obtener 4 puntuaciones dimensionales que corresponderían a los siguientes subtipos: síndrome positivo, síndrome negativo, escala compuesta y psicopatología general. La escala compuesta indica la predominancia de la sintomatología positiva sobre la negativa o al revés, y se obtiene con los ítems de la PANSS-P y la PANSS-N. No es de gran relevancia en la presente investigación por lo que no ha sido considerada en los cálculos.

Peralta & Cuesta (1994) validaron la escala en una muestra española. La PANSS reporta rangos intermedios de “fiabilidad inter-evaluador”, con diferencias entre las subescalas: de un lado la PANSS-P y la PANSS-N, con valores con valores de .72 y .80 y por otra, la PANSS-PG con un valor de .56. Respecto de la “consistencia interna” (o índice de “fiabilidad”) con un Coeficiente Alfa de .92, la subescala negativa muestra gran fiabilidad, en cambio las subescalas positiva y general muestran valores moderados de .62 y .55 respectivamente.

6.4.2.2. State/Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberg et al., 1970)

Se aplicó la adaptación española para la evaluación de la ansiedad. el *State/Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Spielberg et al., 1970) Evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Orientada a población general (adultos y adolescentes). Consta de 40 ítems, la mitad de los cuales pertenecen a la subescala *Estado*, formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento. La otra mitad de ítems corresponden a la subescala *Rasgo*, que identifican como se siente la persona habitualmente.

En su versión, adaptación y validación al castellano (Spielberger et al., 1982) los criterios de calidad de la escala presentan: una fiabilidad elevada de .90 a .93 para la subescala Estado, y de .84 a .87 para la subescala Rasgo. La fiabilidad test-retest de la subescala Rasgo fue de .73 a .86 puntos. En cuanto a la validez, muestra correlaciones

altas con otras medidas de ansiedad, como la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell (.73 a .85). Presenta un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión, ya que la correlación con el Inventario de Depresión de Beck es de .60. La puntuación para cada escala puede oscilar de 0 a 30 puntos, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad. Existen baremos en puntuaciones centiles para adultos y adolescentes.

Se ha aplicado en población psiquiátrica, no encontrando diferencias en la puntuación global comparada con población sana, pero si en ansiedad Rasgo en población masculina, significativamente mayor entre los pacientes con esquizofrenia que entre las personas del grupo considerado sano (Kaneda et al., 2003).

6.4.2.3. Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) (Addington et al.,1990)

Para evaluar depresión se aplicó la Escala de Depresión de Calgary⁸⁵, un instrumento desarrollado específicamente para valorar el nivel de depresión en la esquizofrenia, tanto en la fase aguda como en los estados deficitarios, al tiempo que trata de distinguirla de los síntomas positivos, negativos y extrapiramidales que pueden existir. Con el fin de superar las limitaciones de las escalas generales de depresión, diseñadas para población no psicótica Addington et al. (1990) realizan un análisis factorial de los ítems de la Escala de Depresión de Hamilton y del Present State Examination (PSE), seleccionando aquellos que mejor fiabilidad y validez obtuvieron en la valoración de la depresión en la muestra de pacientes esquizofrénicos estudiada. La primera versión constaba de 11 ítems, puntuados de 0 a 5, si bien en un segundo estudio se observó que dos de los ítems (ideas delirantes de culpa y pérdida de peso) no contribuían a mejorar la fiabilidad interna de la escala ni a su validez, por lo que fueron suprimidos y finalmente consta de 9 ítems. Para los 8 primeros la propia escala facilita

⁸⁵ En el Anexo 5, p. 273, puede consultarse la plantilla de la versión en castellano de la CDSS utilizada en el estudio.

las preguntas para su exploración, mientras que el último es un ítem observacional para el que no se proporcionan preguntas específicas. Asimismo, la puntuación de cada ítem se redujo a 4 niveles de severidad. Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 4 valores de intensidad: 0 (ausente); 1 (leve); 2 (moderado), y 3 (grave). Para todos los ítems se proporcionan criterios operativos para establecer la puntuación de gravedad. Ha de ser administrada por un clínico, utilizando la técnica de entrevista estructurada, aunque se anima al entrevistador a que realice cuantas preguntas adicionales crea necesarias. El marco de referencia temporal son las 2 semanas previas, a no ser que explícitamente se estipule otro. En relación a las propiedades psicométricas, presenta consistencia interna elevada (alfa de Cronbach entre .70 y .90), y muestra así mismo buenos valores de fiabilidad inter-observadores (en torno a .90). En cuanto a la validez la escala muestra una elevada correlación con otros instrumentos de evaluación de la depresión, como por ejemplo la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS) o el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (coeficiente de correlación de .80). La validez predictiva es adecuada; para el punto de corte que los autores de la escala proponen (mayor a 5), la sensibilidad está en torno al 75 %, con especificidad próxima al 100 %. Especial interés tiene su validez divergente, por la ausencia de asociación con síntomas positivos, negativos y extrapiramidales. En comparación con la HDRS, la CDSS no se correlaciona con los síntomas positivos y negativos evaluados con la PANSS, en tanto que la HDRS si lo hace. Esto viene a apoyar la menor contaminación de la CDSS por este tipo de síntomas y, por tanto, su mayor especificidad para la valoración de la depresión en pacientes con esquizofrenia. La adaptación y validación de la versión española por Sarró et al. (2004) muestra características psicométricas altamente satisfactorias y afines con la versión original.

6.4.3. Autoestima

Rosenberg Self-esteem Scale (Rosenberg, 1965)

Prueba utilizada para la medición de la autoestima en su versión en castellano⁸⁶ (Echeburúa, 1995). Este instrumento es uno de los más utilizados para la evaluación de la autoestima contando con buenas propiedades psicométricas (Atienza et al., 2004). Ha sido frecuentemente utilizado para valorar autoestima en estudios sobre esquizofrenia (Vázquez et al., 2013; Nabors et al., 2014).

Consta de 10 ítems: cinco miden autoestima en sentido positivo (por ejemplo “puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente”) y cinco ítems miden autoestima en sentido negativo (auto-desprecio) (por ejemplo “creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí”). Presenta un formato tipo Likert con 4 alternativas de respuesta: 1= Muy de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= En desacuerdo, 4= Totalmente en desacuerdo. Los ítems enunciados negativamente tienen una valoración inversa. Las puntuaciones pueden oscilar dentro de un rango de entre 10 (menor autoestima) a 40 (mayor autoestima). En población con esquizofrenia se ha encontrado una alta consistencia interna (entre .72 y .88), una satisfactoria fiabilidad temporal ($r=.88$) y se confirma la validez de constructo del instrumento (Vázquez et al, 2013).

6.4.4. Cognición social

6.4.4.1. Facial Emotion Identification Test (FEIT) (Kerr & Neale, 1993)

La FEIT evalúa procesamiento emocional. Está formada por 19 fotografías en blanco y negro de caras que expresan seis emociones básicas: alegría, tristeza, ira, sorpresa, miedo y vergüenza. Los rostros se presentan en una proyección durante 15 segundos. La tarea del participante consiste en identificar cuál de las seis emociones

⁸⁶ En el Anexo 6, p. 275, puede verse la plantilla de la escala de Autoestima de Rosenberg en su versión en castellano utilizada en el estudio.

representa mejor el afecto expresado por la cara⁸⁷. La consistencia interna de la prueba es de $\alpha = .74$ en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (Kerr & Neale, 1993).

6.4.4.2. Facial Emotion Discrimination Test (FEDT) (Kerr & Neale, 1993)

Otra medida para evaluar el procesamiento emocional fue el test de discriminación de la emoción facial FEDT. En esta prueba se presentan en una proyección treinta pares de caras. Se pide al participante que determine si dos caras presentadas una al lado de la otra expresan las mismas o diferentes emociones⁸⁸. La consistencia interna de la prueba es de $\alpha = .74$ en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (Kerr & Neale, 1993).

6.4.4.3. Hinting Task (Corcoran et al., 1995)

Se aplicó para evaluar la Teoría de la Mente (ToM) en su versión española (Gil et al., 2012). Este test incluye diez historias breves. Con el objeto de reducir las interferencias del posible deterioro en memoria o en comprensión verbal, el evaluador puede leer las historias a los sujetos las veces que sea necesario para asegurar una correcta comprensión de las mismas. En todas las historias aparecen dos personajes y una breve situación que finaliza cuando uno de ellos expresa una demanda de manera indirecta. Al sujeto se le pregunta la verdadera intención del personaje de la historia con el comentario que ha hecho⁸⁹. Si el sujeto responde correctamente, se puntúa con un 2; si no, se añade información que deja aún más clara la indirecta. Si el sujeto responde correctamente en esta ocasión, se puntúa con un 1. Una respuesta incorrecta equivale a un 0 y el rango de puntuaciones oscila entre 0 y 20. En cuanto a las propiedades

⁸⁷ En el Anexo 7, p. 277, puede consultarse la hoja de respuestas sobre la tarea de la prueba FEIT utilizada en el estudio.

⁸⁸ En el Anexo 8, p. 278, puede consultarse la hoja de respuestas sobre la tarea de la prueba FEDT utilizada en el estudio.

⁸⁹ En el Anexo 9, p. 279, puede consultarse la hoja de respuestas sobre la tarea de la prueba Hinting task versión en castellano utilizada en el estudio.

psicométricas, destacar que la fiabilidad entre evaluadores estuvo por encima del .80 y del .70 en la fiabilidad test-retest para todas las historias (Gil et al., 2012).

6.4.5. Estigma internalizado

Internalized stigma of mental Illness Scale (ISMI) (Ritsher et al., 2003)

Se trata de una escala autoadministrada que evalúa la experiencia subjetiva de estigma⁹⁰. Presenta correlaciones negativas con medidas de autoestima, empoderamiento y orientación a la recuperación. Se puede usar como una medida de resultado (reducción del estigma internalizado) de las intervenciones junto a las medidas de reducción de síntomas. Incluye 7 subescalas que miden: alienación (ítems del 1 al 6), asunción del estereotipo o autoestigma (ítems del 7 al 13), discriminación percibida o experiencia de discriminación (ítems del 14 al 18), aislamiento social (ítems del 19 al 24) y resistencia al estigma (ítems del 25 a 29).

Todas las escalas se puntúan en una escala Likert que va de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Las cuatro primeras escalas indican mayor estigma percibido cuanto mayor es la puntuación. La escala de resistencia al estigma ha de ser puntuada de forma inversa. Para el cálculo de la puntuación de esta escala debe restar a la puntuación de cada ítem. El instrumento está validado en Estados Unidos para la puntuación global. Esta puntuación suma de todas las subescalas y va de 29 a 116.

La versión en castellano obtuvo valores adecuados de consistencia interna y fiabilidad test-retest para el total de la prueba (.91 y .95 respectivamente) y para las 5 subescalas que integran la ISMI, salvo la subescala de resistencia al estigma (alfa de Cronbach .42) (Bengoechea-Seco et al. 2016).

⁹⁰ En el Anexo 10, pp. 280-281, puede consultarse el contenido de la versión en castellano de la escala ISMI utilizada en el estudio.

6.4.6. Funcionamiento social

Social Functioning Scale (SFS) (Birchwood et al., 1990)

La valoración de esta variable se realizó a través de la aplicación de la versión en castellano de la SFS. El instrumento evalúa funcionamiento social en los últimos tres meses de la vida del paciente con trastornos del espectro psicótico y puede administrarse tanto en forma de cuestionario auto-informado como en entrevista semi-estructurada.

Consta de 78 ítems que miden siete subescalas: aislamiento, comportamiento interpersonal, actividades prosociales, tiempo libre, independencia-competencia, independencia-ejecución y empleo-ocupación⁹¹. La versión española de Olivares y Torres (2005) presenta coeficientes alfa elevados (entre .69 y .80) por lo que se puede considerar un instrumento adecuado.

6.4.7. Calidad de vida

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) (Whoqol Group.,1995).

Para la presente variable se administró el Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Se trata de una escala autoaplicada que consta de 100 ítems. Este instrumento determina la percepción de los individuos de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que viven, y en relación a sus objetivos, expectativas e intereses. Esta medida se realiza basándose en la percepción del sujeto y en su valoración sobre diversos aspectos de su vida. El WHOQOL-100 está estructurado de forma jerárquica y cuenta con una evaluación global de la calidad de vida y evaluaciones en 6 distintos dominios, que a su vez están integrados por 24 distintas facetas: físico, psicológico, nivel de independencia,

⁹¹ En el Anexo 11, pp. 283, puede consultarse la escala SFS versión en castellano utilizada en el estudio.

relaciones sociales, entorno y espiritualidad/religión/creencias personales. La OMS ha desarrollado una versión abreviada, el WHOQOL-BREF formado por 26 ítems (2 ítems generales y 1 ítem por cada una de las 24 facetas que valora). Esta versión sólo proporciona información sobre 4 de las 6 dimensiones del WHOQOL-100: física, psicológica, relaciones sociales y entorno. De ambas escalas existe una versión en castellano. Las propiedades psicométricas se describen a continuación. La consistencia interna medida por el alfa de Cronbach para el WHOQOL-100 en cada dominio osciló de .69 (físico) a .90 (relaciones sociales y del entorno) y de .74 (psicológico) al .80 (físico) de la WHOQOL-BREF. Así mismo, la prueba arrojó una elevada validez de constructo y validez discriminante (Lucas-Carrasco., 2012). Dada la equivalencia entre la escala completa y la reducida, se optó por aplicar la WHOQOL-BREF, de cara a reducir la carga de la evaluación en los usuarios⁹².

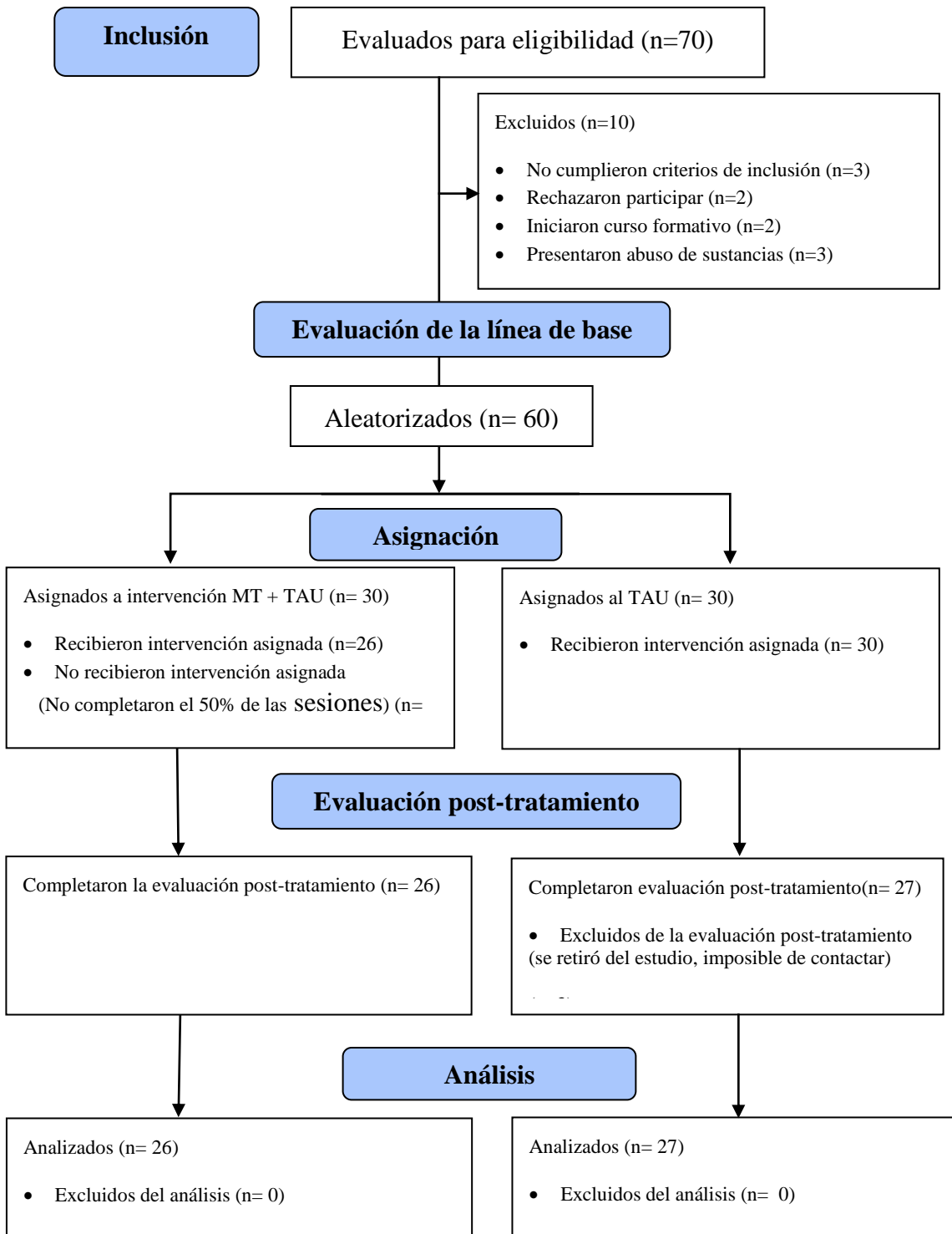
6.5. PROCEDIMIENTO

Los participantes fueron reclutados de entre los usuarios del CREAP de acuerdo con los criterios de inclusión/exclusión por los psicólogos del centro, quienes les preguntaron de manera individual si estarían dispuestos a participar en el estudio. Se obtuvo el consentimiento informado de cada participante. A continuación, los participantes fueron evaluados por dos psicólogos. Estos profesionales, entrenados debidamente en el pase de pruebas, no formaban parte del equipo y desconocían los objetivos de la investigación. Tras esta evaluación inicial, se les asignó aleatoriamente al grupo experimental (TAU + MT) o al grupo de control (TAU) mediante una lista de números aleatorios generados por ordenador. La aleatorización fue realizada por una persona independiente de la investigación.

⁹² En el Anexo 12, p. 293, puede verse la hoja de respuestas de la prueba WHOQOL-BREF utilizada en el estudio.

Figura 3

Diagrama de flujo del progreso de los participantes a través de las fases del ensayo



Intervención Musicoterapéutica

Antes de iniciar el programa se realizó por parte del autor del presente trabajo una valoración musicoterapéutica de los participantes a través de entrevista semi-estructurada de 30 minutos de duración⁹³.

Dado el carácter grupal del programa diseñado, los 30 participantes del grupo experimental se dividieron en 5 grupos de 6 pacientes. Este era el número recomendado según las características de nuestro programa. El tamaño del grupo no debe ser demasiado grande (Silverman, 2015). A partir de los estudios que detallan el tamaño del grupo en esta población, encontramos que un rango aproximado de entre 4-10 pacientes es adecuado (Carr et al., 2013; Peng et al., 2010; Salvador & Martínez, 2013). Para trabajar en un contexto no verbal, Benenzon recomienda que el grupo no supere los 6 pacientes (Benenzon, 2000).

La distribución de los participantes en los grupos trató de atender a criterios de disponibilidad y compatibilidad de horarios con el TAU.

Tratamiento habitual (TAU)

El CREAP proporciona una gestión integral activa de cada paciente por parte de un equipo multidisciplinar de salud mental de atención secundaria. El servicio incluye atención de enfermería, terapia ocupacional, terapia de apoyo y terapia cognitivo-conductual. La atención psicológica también ofrece asesoramiento individual a las familias e intervención familiar grupal. El programa hace hincapié en la recuperación social y personal desde una perspectiva comunitaria. Cada cliente recibe también una evaluación psiquiátrica y la gestión de la medicación por parte de un psiquiatra en su respectivo centro de salud mental externo al recurso.

⁹³ En el Anexo 13, p. 299, puede consultarse la ficha musicoterapéutica en la que se basó la entrevista realizada en nuestro estudio.

Tras completar las 22 sesiones programadas, se realizó una segunda evaluación a los dos grupos de participantes (Figura 3). La evaluación posterior al tratamiento fue realizada por psicólogos externos al centro, que no conocían el grupo respectivo de cada participante, por lo que la valoración era ciega.

6.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Una vez finalizadas las evaluaciones, se procedió al volcado de datos a través de un documento de Excel para su procesamiento. Con el objetivo de asegurar la calidad de los datos, se hicieron análisis exploratorios para tratar de detectar, y en su caso depurar, posibles errores en la valoración o en la creación de la base de datos

Aunque el proceso aleatorio de asignación de los pacientes a los grupos garantiza que los grupos están igualados en las variables medidas, para tener una seguridad total, se hicieron comparaciones pretratamiento de las variables sociodemográficas, diagnóstico y dosis de antipsicóticos mediante la prueba t para muestras independientes, o la prueba de Mann-Whitney si la variable no cumplía con el supuesto de normalidad (prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors). Para las variables categóricas, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado.

El efecto de la intervención de la musicoterapia se evaluó comparando el cambio en las variables dependientes medidas (diferencia entre la evaluación inicial y la evaluación final) producido en el grupo experimental frente al cambio producido en el grupo control.

Se calcularon las diferencias de puntuación entre la evaluación inicial y la final en todos los participantes y todas las variables dependientes medidas. A continuación, las puntuaciones diferenciales fueron contrastadas en función del grupo (TAU vs TAU+MT) mediante una prueba t de grupos independientes, o la prueba de Mann-Whitney cuando no había normalidad.

También se calcularon los tamaños del efecto (d de Cohen) para las diferencias de cambio entre los dos grupos. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico IBM-SPSS v.26.

6.7. ASPECTOS ÉTICOS

Todos los participantes firmaron formularios de consentimiento informado⁹⁴ y el estudio se llevó a cabo según los principios de la Declaración de Helsinki. A los participantes se les garantizó la confidencialidad de la información y se les aseguró que los datos sólo se utilizarían con fines académicos y de investigación. El presente estudio fue aprobado por la comisión técnica del Centro Nacional de Referencia de Atención Psicosocial para Personas con Enfermedad Mental Grave con el código: 2017_FRACREAPCTE_18 y el registro del ensayo clínico es NCT04777266. Así mismo el proyecto del ensayo fue aprobado por el comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de Valencia, código de resolución 1637665415688_fyhb_1057_166657_1-1.

Una vez finalizado el estudio, se dio la oportunidad de participar en una nueva edición del programa de musicoterapia a los participantes del grupo control que inicialmente no pudieron seguir el programa por haber sido asignados al grupo control.

Para atender el deseo y la necesidad de aquellos participantes que al finalizar el programa mostraron interés es continuar su proceso desde la musicoterapia, se diseñó una intervención basada en la musicoterapia con objetivos de carácter comunitario. En esta actividad se da la oportunidad de finalizar el producto creativo y poderlo mostrar a la comunidad a través de actuaciones, conciertos y jornadas de puertas abiertas. Colaborar con el cliente en lo que respecta a la duración y la finalización del proceso terapéutico, forma parte de uno de los principios de la musicoterapia centrada en los

⁹⁴ En el Anexo 1, p. 267, puede verse la hoja de información al usuario sobre el estudio y en el Anexo 2 p. 269 el consentimiento informado al usuario.

recursos. Consideramos que dar continuidad desde estas propuestas era una responsabilidad ética.

7. RESULTADOS

Cuatro pacientes del grupo experimental completaron menos del 50% de las sesiones de MT programadas, y tres pacientes del grupo de control no completaron la evaluación final, por lo que sus datos no se incluyeron en los análisis estadísticos. El flujo de participantes a lo largo del estudio se representa en la Figura 3.

La comparación inicial entre los dos grupos mostró que eran similares en cuanto a la distribución por sexos, los años de estudio, el diagnóstico y la dosis equivalente de Olanzapina que tomaban, pero no fue así en cuanto a la edad, siendo el grupo de control el de mayor edad (ver Tabla 2).

Tabla 2

Características descriptivas del grupo de estudio

| | GRUPO CONTROL (n=27) | GRUPO EXPERIMENTAL (n=26) | Estadísticos* | <i>p</i> |
|--------------------------------------|-------------------------|------------------------------|---------------|----------|
| GÉNERO (femenino) | 22.22% | 19.23% | $\chi^2=0.07$ | .788 |
| | M (DT) | M (DT) | | |
| EDAD (años) | 42.30 (8.04) | 35.76 (9.94) | $t=2.62$ | .012 |
| EDUCACIÓN (años) | 10.78 (3.64) | 9.58 (2.83) | $U=300$ | .341 |
| DIAGNÓSTICO (n; %) | | | $\chi^2=0.32$ | .854 |
| Esquizofrenia | 19 (70.40%) | 19 (73.10%) | | |
| Trastorno Esquizoafectivo | 6 (22.20%) | 6 (23.10%) | | |
| Otros trastornos psicóticos** | 2 (7.40%) | 1 (3.80%) | | |
| DOSIS ANTIPSICOTICO, mg ^a | 7.52 (10.42) | 8.06 (10.12) | $U=349.50$ | .979 |

^a En equivalencia olanzapina (Leucht, Samara, Heres, & Davis, 2016)

* t: Prueba t para muestras independientes; U: Prueba Mann-Whitney ; χ^2 : Prueba Chi-cuadrado

** Que cumplían los criterios según el DSM-5 de Otros trastornos en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Las diferencias entre los grupos en los cambios desde la evaluación inicial a la final en las variables medidas fueron significativas en: ISMI ($p<.001$; $d=2.01$), la reducción del estigma internalizado fue mayor en el grupo de intervención musical; WHOQOL-BREF ($p<.001$; $d=1.15$), la percepción de la calidad de vida aumentó más en el grupo de intervención musical; y SFS ($p<.001$; $d=1.54$), el funcionamiento social también mejoró más en el grupo de intervención musical (ver Tabla 3). Los tamaños del efecto en las tres escalas fueron grandes según Cohen (1988).

Tabla 3

Comparación entre grupos

| | Grupo Control | Grupo Experimental | Diferencia absoluta de media (95% CI) | Estadísticos* (<i>p</i>) | Tamaño efecto ** |
|------------------|---------------|--------------------|---------------------------------------|----------------------------|------------------|
| | M (DT) | M (DT) | | | |
| PANSS-P | | | | | |
| Pre tratamiento | 18.25 (8.60) | 17.23 (8.06) | | | |
| Post tratamiento | 17.42 (4.22) | 17.38 (5.71) | | | |
| Diferencias | -0.83 (8.86) | 0.14 (9.16) | -0.98 (-6.40, 4.45) | $t=-0.36 (.718)$ | $d=0.11$ |
| PANSS-N | | | | | |
| Pre tratamiento | 26.17 (9.19) | 23.67 (9.52) | | | |
| Post tratamiento | 19.04 (4.81) | 17.71 (4.77) | | | |
| Diferencias | -7.13 (11.14) | -5.95 (11.23) | 1.17 (-7.91, 5.56) | $t= -0.35 (.727)$ | $d=0.11$ |
| PANNS-PG | | | | | |
| Pre tratamiento | 46.38 (10.20) | 40.86 (13.70) | | | |
| Post tratamiento | 40.58 (5.39) | 39.81 (9.63) | | | |
| Diferencias | -5.79 (11.84) | -1.05 (15.36) | -4.74 (-12.93, 3.45) | $t= -1.17 (.249)$ | $d=0.35$ |
| STAI-E | | | | | |
| Pre tratamiento | 24.59 (5.50) | 24.08 (4.40) | | | |
| Post tratamiento | 19.26 (9.73) | 22.67 (10.07) | | | |
| Diferencias | -5.33 (10.69) | -1.42 (11.50) | | | |
| Rango medio | 22.52 | 29.92 | | $U=230 (.075)$ | $d=0.35$ |
| STAI-R | | | | | |
| Pre tratamiento | 27.67 (7.41) | 27.75 (4.56) | | | |
| Post tratamiento | 22.59 (11.48) | 23.83 (11.06) | | | |
| Diferencias | -5.07 (13.75) | -3.92 (11.59) | | | |
| Rango medio | 25.67 | 26.38 | | $U=315 (.865)$ | $d=0.09$ |
| CDSS | | | | | |
| Pre tratamiento | 9.52 (7.15) | 9.10 (5.94) | | | |
| Post tratamiento | 7.19 (4.81) | 6.42 (3.67) | | | |
| Diferencias | -2.33 (8.88) | -2.68 (6.73) | 0.35 (-4.74, 5.44) | $t= 0.14 (.890)$ | $d=0.04$ |
| ROSENBERG | | | | | |
| Pre tratamiento | 25.85 (2.01) | 27.15 (2.95) | | | |
| Post tratamiento | 27.58 (3.16) | 29.88 (3.84) | | | |
| Diferencias | 1.73 (4.00) | 2.73 (4.98) | | | |
| Rango medio | 24.65 | 28.35 | | $U=290 (.378)$ | $d=0.22$ |

| | | | | | | |
|------------------|---------------|----------------|-------------------------|-----------------|--|--------|
| FEIT | | | | | | |
| Pre tratamiento | 10.22 (2.29) | 9.96 (2.93) | | | | |
| Post tratamiento | 8.63 (5.23) | 9.19 (4.27) | | | | |
| Diferencias | -1.59 (5.69) | -0.77 (4.43) | -0.82 (-3.64, 2.00) | t= -0.59 (.560) | | d=0.16 |
| FEDT | | | | | | |
| Pre tratamiento | 17.89 (2.58) | 16.96 (3.63) | | | | |
| Post tratamiento | 14.33 (8.14) | 15.88 (6.50) | | | | |
| Diferencias | -3.56 (8.95) | -1.08 (6.57) | | | | |
| Rango medio | 26.63 | 27.38 | | U=341 (.858) | | d=0.32 |
| HINTING | | | | | | |
| Pre tratamiento | 12.04 (4.48) | 11.85 (3.40) | | | | |
| Post tratamiento | 12.71 (6.08) | 14.15 (5.17) | | | | |
| Diferencias | 0.67 (6.82) | 2.31 (6.32) | -1.64 (-5.38, 2.09) | t= -0.88 (.381) | | d=0.25 |
| ISMI | | | | | | |
| Pre tratamiento | 65.00 (20.39) | 73.54 (21.10) | | | | |
| Post tratamiento | 59.63 (18.42) | 44.69 (16.17) | | | | |
| Diferencias | -5.37 (6.82) | -28.85 (14.80) | | | | |
| Rango medio | 38.04 | 15.54 | | U=53 (<.001) | | d=2.01 |
| SFS | | | | | | |
| Pre tratamiento | 31.20 (34.53) | 46.99 (49.93) | | | | |
| Post tratamiento | 35.74 (34.62) | 82.37 (45.91) | | | | |
| Diferencias | 4.54 (7.55) | 35.37 (27.48) | -30.83 (-42.06, -19.60) | t=-5.52 (<.001) | | d=1.54 |
| WHOQOL-BREF | | | | | | |
| Pre tratamiento | 75.58 (14.13) | 69.27 (22.15) | | | | |
| Post tratamiento | 79.04 (15.26) | 89.19 (24.01) | | | | |
| Diferencias | 3.46 (7.48) | 19.92 (18.91) | | | | |
| Rango medio | 17.38 | 35.62 | | U=101 (<.001) | | d=1.15 |

PANSSPO: Sub-escala Positiva PANSS; PANSSNE: Sub-escala Negativa PANSS; PANSSPG: Su-escala de Psicopatología General PANSS; STAIE: STAI-Estado; STAIR: STAI-Rasgo; FEIT: Face Emotion Identification Task; FEDT: Face Emotion Discrimination Task; Hinting: Hinting Task; CDSS: Calgary Depression Scale for Schizophrenia; Rosenberg: Rosenberg Escala de Autoestima; ISMI: Internalized Stigma of Mental Illness Scale; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Assessment; SFS: Social Functioning Scale

* t: Prueba t para muestras independientes; U: Prueba Mann-Whitney .

** Valor absoluto

PARTE III: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

8. DISCUSIÓN

Aunque las intervenciones farmacológicas y psicosociales han demostrado ser adecuadas en el tratamiento de la esquizofrenia, las mejoras en aspectos relacionados con la vida diaria son limitadas y es difícil hacerlas efectivas en pacientes ambulatorios estables con muchos años de evolución desde el inicio de la enfermedad. Para superar estas limitaciones, se ha recomendado la incorporación de intervenciones como la musicoterapia a los programas de tratamiento de atención estándar para personas diagnosticadas de esquizofrenia. El objetivo principal de nuestro trabajo ha sido diseñar y aplicar un programa de musicoterapia grupal a pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo en régimen ambulatorio, como tratamiento complementario a la intervención psicosocial habitual. Para evaluar la eficacia del programa se utilizaron variables clínicas, la autoestima, la cognición social, el estigma internalizado, el funcionamiento social y la calidad de vida. El programa de musicoterapia se administró en veintidós sesiones grupales con una sesión semanal de una hora y se centró en la recuperación funcional del paciente.

En este apartado se tratará de establecer relaciones entre los resultados obtenidos con del programa de intervención aplicado, y los objetivos e hipótesis planteadas al inicio del estudio. Estas relaciones se contrastarán con los hallazgos previos de la literatura especializada en musicoterapia, de cara a valorar si se corroboran, así como ofrecer argumentos sobre las posibles discrepancias.

En primer término, atendiendo a los resultados obtenidos, podemos decir que el objetivo principal (OP) del presente trabajo se ha cumplido parcialmente, ya que se ha comprobado que tras las 22 sesiones de musicoterapia se han observado mejorías significativamente mayores en el grupo que siguió el programa de musicoterapia junto

con el tratamiento habitual en comparación con el grupo de tratamiento habitual en las variables autoestigma, funcionamiento social y calidad de vida.

A continuación valoraremos los resultados y el nivel de ajuste de las hipótesis que parten de los objetivos específicos de este estudio, así como la confluencia, divergencia y/o confirmación de evidencias previas sobre cada variable. Esto nos permitirá discutir sobre las posibles causas de estos resultados concretos. También se hablará de las limitaciones de esta investigación y de propuestas para futuras líneas de estudio.

8.1. OBJETIVO ESPECÍFICO 1: HIPÓTESIS 1

Planteamos evaluar la evolución de la sintomatología positiva, negativa y psicopatología general de ambos grupos. A partir de este objetivo, se estableció la H1, esperando que la sintomatología mejorara más en el grupo experimental que en el control después de recibir las sesiones de musicoterapia. La musicoterapia está especialmente indicada para mejorar la sintomatología negativa, con lo que se esperaba que los cambios fueran superiores en los participantes del grupo de musicoterapia que en el grupo control.

Como se observa en la Tabla 3, a diferencia de estudios anteriores con pacientes hospitalizados (Geretsegger et al., 2017; Jia et al., 2020), la reducción de la sintomatología psicótica que se ha producido ha sido semejante en ambos grupos, por lo que se puede afirmar que los resultados no corroboran la H1.

Esta discrepancia con los hallazgos previos puede explicarse por diferentes vías. En primer lugar, la muestra de nuestro estudio se compone exclusivamente de pacientes de carácter ambulatorio y con clínica estable. En segundo lugar, a diferencia de los estudios con pacientes hospitalizados que solo reciben medicación y cuidados básicos como tratamiento estándar, los participantes de nuestro estudio en el grupo control

recibían un tratamiento psicosocial integral basado en la recuperación y la intervención comunitaria. Estos aspectos podrían explicar que aunque hay una tendencia a la mejoría (sobre todo en sintomatología negativa) entre las mediciones pre y post, la magnitud de este cambio no es superior cuando se añade la musicoterapia como tratamiento complementario al tratamiento habitual.

8.2. OBJETIVO ESPECÍFICO 2: HIPÓTESIS 2

Nos planteamos estudiar la ansiedad, tanto estado como rasgo, de los participantes después de cumplimentar el programa de musicoterapia con el fin de comparar estos resultados con los datos previos y con los obtenidos por el grupo control. La H2 hace referencia a una disminución de los niveles de ansiedad, tanto estado como rasgo, de forma más acentuada en el grupo experimental que en el grupo control. Sin embargo, los resultados de nuestro estudio, no confirman esta hipótesis. Los datos recogidos no avalan la existencia de unos efectos más beneficiosos del tratamiento combinado respecto al TAU sobre la ansiedad que describen estudios previos (Pavlov et al., 2017).

8.3. OBJETIVO ESPECÍFICO 3: HIPÓTESIS 3

Nos planteamos evaluar la sintomatología depresiva de los participantes después del tratamiento y compararla con los datos previos a la intervención y con los resultados del grupo control en esta variable. En la correspondiente H3 se esperaba que los síntomas depresivos se vieran disminuidos de forma más acentuada en el grupo que ha recibido el tratamiento combinado. En los resultados de nuestro estudio, no aparecieron diferencias significativas en la evolución que mostraron ambos grupos, con un descenso algo superior a 2 puntos, por lo que los datos no confirman esta hipótesis.

Estos resultados difieren de los encontrados en investigaciones previas, aunque hay que señalar que cada investigación presenta particularidades propias que hacen que las comparaciones sean difíciles de realizar. Por ejemplo, el estudio de Maratos et al., (2008), aunque mostró diferencias estadísticamente significativas en favor de la musicoterapia, se centró en personas diagnosticadas de depresión clínica, mientras que en nuestro estudio los síntomas depresivos se presentaron a un nivel subclínico. Así mismo, el meta-análisis de Steenhuis et al. (2015) si bien encontró diferencias estadísticamente significativas, recogía también estudios que incluían otras intervenciones de carácter no verbal, además de la musicoterapia.

8.4. OBJETIVO ESPECÍFICO 4: HIPÓTESIS 4

En relación con este objetivo, valorar el efecto de la musicoterapia sobre la autoestima, se hipotetizó un incremento más fuerte de las puntuaciones del test de Rosenberg en el grupo experimental que en el control. Sin embargo, los resultados no han avalado la hipótesis, ya que la mejoría observada no difiere significativamente entre los dos grupos.

Grocke et al., (2014) encontraron evidencias significativas en autoestima, aplicando una intervención de musicoterapia con una orientación y método muy similar al programa que presentamos en el presente estudio. Sin embargo, la muestra fue más heterogénea, se compuso de personas diagnosticadas de trastorno mental grave y el reclutamiento se realizó tanto en régimen hospitalario como ambulatorio. Por otro lado, un componente interesante del programa era que las últimas sesiones antes de la medición, se realizó una grabación de las composiciones y se representó una actuación en la que los participantes mostraban sus creaciones al público. En nuestro estudio, para incorporar el desarrollo de los métodos recreativos en estos términos, hubiera sido

necesario ampliar el número de sesiones. Este aspecto resultaba inviable por la programación temporal del centro. En las concepciones teóricas contemporánea de la musicoterapia, hay una mayor atención a los espacios orientados a la comunidad ampliando y diversificando la práctica. En particular en contextos de recuperación se constata un creciente giro de la praxis musicoterapéutica, en la que conceptos como acción, interacción, actividad, participación y actuación se han vuelto cada vez más comunes (Ansdell, 2014; Stige, 2015; Tuastad et al., 2022).

8.5. OBJETIVO ESPECÍFICO 5: HIPÓTESIS 5

Este objetivo de nuestro estudio empírico se centraba en la evaluación del efecto del programa de musicoterapia sobre dos dimensiones de la cognición social, el procesamiento emocional y la teoría de la mente. En relación con este objetivo, se esperaba una mejoría más fuerte en las tres mediciones en el grupo experimental, que ha recibido la musicoterapia además del tratamiento estándar, respecto al control.

Hasta dónde conocemos, es la primera vez que se exploraba el efecto de una intervención de musicoterapia sobre la cognición social en pacientes con psicosis. En nuestro estudio, los resultados no muestran diferencias significativas respecto al control en los resultados de procesamiento emocional. Sin embargo, la dirección de los cambios es muy satisfactoria en el grupo experimental sobre todo en teoría de la mente (Hinting Task). Aunque estas diferencias no alcanzan la significación estadística, parecen apuntar que la intervención con musicoterapia podría tener un efecto sobre la ToM, que habría que explorar en investigaciones futuras.

Si bien la cognición social es un factor directamente relacionado con el funcionamiento en la comunidad a lo largo del curso de la esquizofrenia, algunas cuestiones fundamentales sobre el alcance, estructura y medición óptima siguen sin respuesta, señalando la necesidad de continuar estudiando la interacción existente entre

cognición social y funcionamiento social en la investigación (Vaskinn & Horan, 2020). Por ejemplo, en la valoración crítica de los resultados, podemos atender a la modalidad de instrumento utilizado para la evaluación del procesamiento emocional, basado en la visualización y respuesta de estímulos emocionales estáticos. Algunos autores, han apuntado limitaciones en la capacidad de este tipo de tareas para captar los procesos cognitivos sociales tal y como se desarrollan en la vida diaria en la investigación de la esquizofrenia y de otros ámbitos (Zaki & Ochsner, 2009).

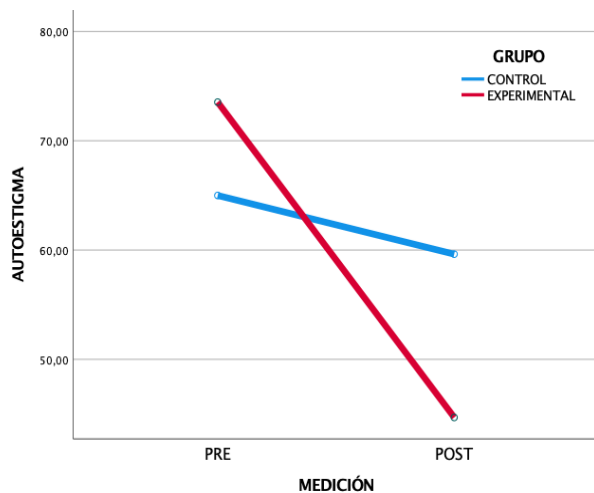
8.6. OBJETIVO ESPECÍFICO 6: HIPÓTESIS 6

También este objetivo es bastante novedoso, porque hasta donde sabemos, es el primer estudio controlado aleatorizado que muestra un efecto de la musicoterapia adjunta al tratamiento habitual sobre las actitudes de autoestigma en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ambulatorios, ya que los que hay son con pacientes agudos (Silverman, 2013).

En nuestros resultados el cambio fue significativamente mayor en el grupo experimental que en el grupo control. El tamaño del efecto de la magnitud de estas diferencias en esta variable fue grande, tal como se puede apreciar en la Figura 4.

Figura 4

Diagrama de líneas que muestra las diferencias pre-post en ambos grupos en autoestigma



La relación entre el circuito cerebral para la regulación emocional y la resistencia hacia el estigma de la esquizofrenia (Raj et al. 2014) junto a la implicación del fenómeno musical en la activación de áreas que forman parte de este circuito (Baumgartner et al., 2006; Ferreri et al., 2014; Green et al., 2012; Mansouri et al., 2017), justificaban la incorporación en el diseño del programa de un conjunto de métodos orientados a activar regiones cerebrales pre-frontales. La incorporación de esos métodos, junto con el hecho de haber asumido unos principios terapéuticos de la musicoterapia orientada a los recursos y centrada en la persona, han podido favorecer una construcción de significados menos estigmatizantes en los participantes, además de influir positivamente en su empoderamiento y el compromiso en su recuperación (Gold et al., 2013; Rolvsjord et al., 2005; Rolvsjord & Stige 2013).

8.7. OBJETIVO ESPECÍFICO 7: HIPÓTESIS 7

En relación a este objetivo, se esperaba que el funcionamiento social aumentara después de la intervención musicoterapéutica grupal, y la magnitud de la mejora fuera

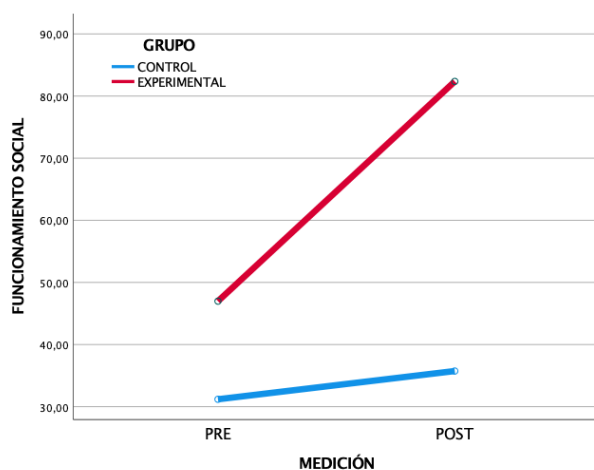
superior en el grupo experimental que en el grupo control. Los resultados del estudio han confirmado lo esperado en la H7.

Los resultados fueron consistentes con investigaciones anteriores sobre los impactos beneficiosos de la musicoterapia en la reducción de la evitación social y las mejoras en las relaciones sociales (Fu y Zhang, 2013; Gold et al., 2013; Mao et al., 2013; Ulrich et al., 2007; Yang et al., 1998).

Nuestra intervención ha demostrado mejoras significativamente mayores en el grupo TAU+MT en funcionamiento social. El tamaño del efecto ha sido grande, ya que en el grupo experimental la mejoría promedio obtenida por los pacientes está en torno a 30 puntos por encima de la del grupo control, tal como se puede ver en la Tabla 3 y en la Figura 5.

Figura 5

Diagrama de líneas que muestra las diferencias pre-post en ambos grupos en funcionamiento social

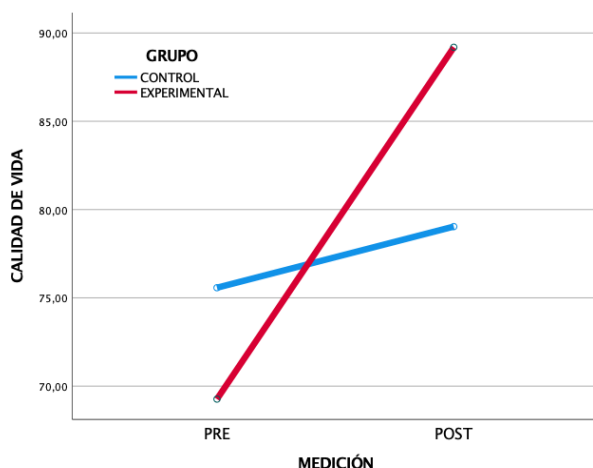


8.8. OBJETIVO ESPECÍFICO 8: HIPÓTESIS 8

En relación a este objetivo, la hipótesis plantea un incremento en la calidad de vida más fuerte cuando se combina el TAU con la MT que cuando los pacientes sólo reciben el TAU. Los resultados del estudio han confirmado lo esperado en la H8, tal como se puede apreciar gráficamente en la Figura 6, y numéricamente en la Tabla 3. La mejoría conseguida es de 16 puntos superior en el grupo experimental, con lo que el tamaño del efecto es grande (Cohen, 1988).

Figura 6

Diagrama de líneas que muestra las diferencias pre-post en ambos grupos en calidad de vida



Los resultados fueron consistentes con investigaciones anteriores sobre los impactos beneficiosos de la musicoterapia en la calidad de vida (Chang et al., 2013; Grocke et al., 2014; Lu et al., 2013).

El diseño del programa de musicoterapia se orientó a facilitar la activación de áreas prefrontales implicadas en la capacidad de interactuar socialmente, beneficiarse del apoyo social, la recompensa/motivación, la aproximación/retirada y la regulación de la excitación. Esto se favoreció permitiendo a los usuarios participar activamente en las dinámicas de integración auditivo-sensorial; en las diferentes técnicas de improvisación;

el trabajo individual con canciones elegidas según sus preferencias y creando sus propias composiciones.

El diseño de nuestro programa orientada al proceso junto con la monitorización de la actitud terapéutica siguiendo los principios de la musicoterapia basada en los recursos, puede estar en la base de haber podido replicar los resultados encontrados en la bibliografía en pacientes estables. Solli (2013) en su revisión sistemática sobre la experiencia subjetiva concluyó que la participación en los servicios de musicoterapia en diferentes entornos contribuyó al bienestar de los participantes promoviendo el sentido de la vida presente y la esperanza en la vida futura, las relaciones en la comunidad, la participación en la vida cotidiana y una identidad más fuerte y saludable: aspectos vinculados positivamente con la calidad de vida.

8.9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación presenta algunas fortalezas que se han indicado a lo largo de la tesis, pero sin duda tiene también algunas limitaciones que hay que considerar. En primer lugar, no hubo evaluaciones de seguimiento para estudiar los efectos del programa combinado a lo largo del tiempo. Los criterios de temporalidad de acceso a los servicios del centro provocan la desvinculación inmediata de los pacientes después del alta, lo que impidió la realización de mediciones de seguimiento.

En segundo lugar, hubo diferencias de edad entre los dos grupos, aunque una revisión de la literatura actual no parece apoyar la idea de que la edad sea una variable moderadora sobre los efectos beneficiosos de la MT. De hecho, los estudios con personas diagnosticadas de esquizofrenia han utilizado grupos con rangos de edad de 20 a 76 años (Gold et al., 2013; Degli Stefani & Biasutti, 2016; Hayashi et al., 2002).

Finalmente, hay que indicar que el tamaño de los grupos no era grande, por lo que convendría hacer más estudios como éste para ir acumulando evidencia empírica

con vistas a la posterior realización de un metaanálisis que aportara una idea más real del tamaño del efecto global de la intervención sobre las principales variables psicológicas.

8.10. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

La investigación futura ha de ir orientada, en primer lugar a suplir estas limitaciones y a añadir evidencia sobre la duración de los efectos de la musicoterapia, acompañando al estudio de evaluaciones intermedias y de seguimiento.

En segundo lugar, sería interesante incorporar medidas subjetivas de recuperación que favorecieran una mayor profundidad y explicación de los datos cuantitativos. Atender a las medidas de proceso permitiría profundizar en la relación entre el momento en que la persona se encuentra en su proceso de recuperación y los componentes de la intervención. La exploración de estas consideraciones podría permitir determinar qué intervención presenta mayores beneficios en función del contexto rehabilitador, desde la fase aguda a la atención ambulatoria pasando por la intervención comunitaria.

En tercer lugar, dado que los posibles efectos de las intervenciones psicológicas sobre la necesidad de la medicación neuroléptica se suelen producir de una manera lenta, hacer un estudio con un seguimiento a largo plazo del efecto de la intervención con MT sobre esta variable podría ser de gran interés científico (Degli Stefani y Biasutti, 2016).

Esperamos que este trabajo estimule e incentive la realización de futuros ensayos clínicos aleatorizados multicéntricos que den mayor soporte empírico a los resultados aportados por la presente investigación. De esta manera sería más probable que esta terapia pudiera extenderse a otros contextos socioculturales.

9. CONCLUSIONES

La aplicación del programa de musicoterapia grupal como complemento a la intervención psicosocial en la recuperación de la esquizofrenia y otras psicosis ha mostrado eficacia en la mejora de los denominados por Jackson (2015) como *síntomas silenciosos*. Manifestaciones, como la desvalorización y el aislamiento secundario a los sentimientos de estigmatización y el impacto sustancial del proceso de internalización del estigma (Badallo-Carbajosa et al. 2013; Hombrados et al., 2006; Ritsher & Phelan, 2004) se asocian fuertemente con el funcionamiento, las relaciones con el entorno y en definitiva con la satisfacción y la calidad de vida (Gerlinger et al., 2013; Muñoz et al., 2011; Picco et al., 2016).

Los resultados obtenidos por Gold et al. (2013) a través de sesiones individuales, además de corroborar la eficacia de esta modalidad de intervención les sirvió para concluir que la musicoterapia orientada a los recursos podría proporcionar una base común independientemente de las diferencias en los enfoques filosóficos y prácticos resultantes de contextos socioculturales específicos.

Nuestra propuesta recoge estos principios para responder a las necesidades de la persona, estandarizando, además, elementos esenciales que permiten implementar la intervención en grupo y favorecen su replicabilidad.

La posibilidad de disponer de un programa con protocolos estandarizados en los estudios sobre la eficacia de la musicoterapia en las psicosis, podría ayudar a resolver el hándicap de la heterogeneidad en este tipo de intervenciones. El carácter heterogéneo de los programas de musicoterapia puede haber reducido la robustez de las evidencias confirmadas sobre la efectividad de la musicoterapia en recientes meta-análisis (Geretsegger et al., 2017; Jia et al., 2020).

Si bien el objetivo de nuestro estudio se ha centrado en estudiar la eficacia de la musicoterapia; las características del programa y los resultados nos pueden servir para atender a su eficiencia, parámetro cada vez más importante en la valoración de las intervenciones psicosociales (Ferro & Vivas, 2004). En este sentido, incidimos en que las mejoras alcanzadas en las personas que han participado en el grupo de tratamiento, se ha posibilitado añadiendo una hora de sesión semanal, lo que contrasta con el coste que supone la suma del tratamiento farmacológico y la intervención psicosocial habitual. Este dato refleja, aun sin entrar en detalles pecuniarios, un balance más que satisfactorio atendiendo a la relación coste/beneficio de la intervención.

Sin obviar, el efecto aumentativo de las sesiones individuales, las sesiones grupales, además de ser más rentables, facilitan el trabajo de interacción entre pares, formato ideal para mejorar elementos de la recuperación personal (Silverman, 2015). La intervención grupal favorece la interacción interpersonal y permite accionar, a través del fenómeno y las dinámicas musicales, mecanismos cerebrales que están en la base de la resistencia al estigma, la empatía y la vinculación con el otro. Estos aspectos junto a una práctica afín a la orientación de recuperación pueden estar en la base de la reducción significativa del autoestigma de los participantes del programa de musicoterapia grupal. La relación inversa entre los niveles de autoestigma y; las expectativas de recuperación; la perseveración en el proceso (Corrigan et al., 2011; Díaz-Mandado et al., 2015; Fung et al., 2008) y los niveles de funcionamiento, satisfacción y calidad de vida (Gerlinger et al., 2013; Muñoz et al., 2011; Picco et al., 2016) nos orientan a valorar muy positivamente estos resultados en cuanto a la implicación que pueden tener en el proceso de recuperación de las personas.

Si bien los resultados de nuestro estudio no han confirmado con evidencias cambios significativos en cognición social, los resultados nos anima a seguir explorando

los efectos de la musicoterapia en dominios específicos de la cognición social a través de instrumentos de medida con mayor validez ecológica.

Por otro lado el formato grupal, al consumir menos recursos, puede facilitar introducir la disciplina en instituciones sociosanitarias de países donde, como España, la musicoterapia todavía está en vías de reconocimiento.

En resumen, los efectos positivos sobre el autoestigma, el funcionamiento social y la calidad de vida, refuerzan la idea de que la musicoterapia puede ser un enfoque eficaz para promover el bienestar psicológico y la recuperación funcional. Estos resultados respaldan los beneficios de incorporar un programa de musicoterapia grupal como terapia complementaria al tratamiento estándar en los programas y servicios psicosociales comunitarios de carácter ambulatorio dirigidos a personas diagnosticadas de esquizofrenia y otras psicosis.

Para terminar, incidir en que la incorporación creciente de actividades musicales nombradas como musicoterapia en centros asistenciales de salud mental, en la mayoría de los casos no cumplen los estándares formativos, metodológicos y éticos mínimos que exige nuestra disciplina. Este déficit deontológico hace muy necesaria la adecuada regularización de la musicoterapia como profesión en nuestro país. El reconocimiento de la profesión podría favorecer la dotación de recursos, introducir la figura del musicoterapeuta en los equipos multidisciplinares sociosanitarios, y promover intervenciones que cumplieran los estándares de calidad, buena praxis y rigor metodológico, tal y como sucede en otros países desarrollados. Todo para garantizar el propósito de mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas, fin último de la disciplina.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowitz, A. C., Ginger, E. J., Gollan, J. K., & Smith, M. J. (2014). Empathy, depressive symptoms, and social functioning among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 216(3), 325-332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.028>
- Abrams, B. (2010). Evidence-based music therapy practice: An integral understanding. *Journal of Music Therapy*, 47(4), 351–379. <https://doi.org/10.1093/jmt/47.4.351>
- Ackerknecht, E. H. (1993). *Breve historia de la psiquiatria* (Vol. 2). Universitat de València. [Breve historia de la psiquiatria - Erwin H. Ackerknecht - Google Libros](#)
- Addington, D., Addington, J., & Schissel, B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3(4), 247-251. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(90\)90005-R](https://doi.org/10.1016/0920-9964(90)90005-R)
- Agrazar, J. & De Battista, J. (2019). Contribución a la historia del surgimiento de dispositivos alternativos al asilo en el tratamiento de las psicosis: el caso del hospital de día del HZGA Manuel Belgrano. *Revista de Historia de la Psicología*, 40(4), 33-42.
- Aigen, K. (2007). Introduction to article by Rolando Benenzon. *Nordic Journal of Music Therapy*, 16(2), 144–145. <https://doi.org/10.1080/08098130709478183>
- Aigen, K. (2008). An analysis of qualitative music therapy research reports 1987-2006: Articles and book chapters. *Arts in Psychotherapy*, 35(4), 251–261. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2008.05.001>

- Aigen, K. (2014). *The study of music therapy: Current issues and concepts*. New York: Routledge.
- Aigen, K. (2015). A critique of evidence-based practice in music therapy. *Music Therapy Perspectives*, 33(1), 12–24. <https://doi.org/10.1093/mtp/miv013>
- Aikawa, S., Kobayashi, H., Nemoto, T., Matsuo, S., Wada, Y., Mamiya, N., Yamaguchi, T., Katagiri, N., Tsujino, N., & Mizuno, M. (2018). Social anxiety and risk factors in patients with schizophrenia: Relationship with duration of untreated psychosis. *Psychiatry Research*, 263(May. 2018), 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.038>
- Alanen, Y., González de Chávez, Silver, A-L, & Martindale, Y. (2008). Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas. *Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis*. <http://www.cursoesquizofrenia.com/images/ABORDAJES-PSICOTERAPEUTICOS.pdf>
- Almagro, A., & Orihuela, A. (2003). El Maristán Nazarí de Granada. Análisis del edificio y una propuesta para su recuperación. *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de la Purísima Concepción*. (2003), 80-109. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/10198/1/Maristan.pdf>
- Álvarez, J. M., & Colina, F. (2011). Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. *Frenia*, XI, 7–26. <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16523>

American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^aed.)(DSM-III)*, Washington, D.C., American Psychiatric Association (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1984).

American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^aed. revisada) (DSM-III-R)*, Washington, D.C., American Psychiatric Association (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1988).

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^aed.) (DSM-IV)*, Washington, D.C., American Psychiatric Association (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1994).

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. Text Revision)*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association.

Ammann, P. (1998). Music and melancholy: Marsilio Ficino's archetypal music therapy. *Journal of Analytical Psychology*, 43(4), 571–588.
<https://doi.org/10.1111/1465-5922.00054>

Andreasen N. C. (1982). Negative Symptoms in Schizophrenia. Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39(7), 784–788.
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/492831>

Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian*

and New Zealand Journal of Psychiatry, 40(11–12), 972–980.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01921.x>

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586–594.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>

Ansdell, G. (2003). The stories we tell: Some meta-theoretical reflections on music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 12(2), 159–192.
<https://doi.org/10.1080/08098130309478085>

Ansdell, G. (2014). *How music helps-In music therapy and everyday life*. Farnham, UK: Ashgate.

Ansdell, G. (2016). Can Everything Become Music? Scrap Metal in Southern England. En Stige, B., Ansdell, G., Elefant, C., & Pavlicevic, M. (Eds.) *Where Music Helps: Community Music Therapy in action and reflection* (pp. 152–159). Routledge. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/univalencia/deta> Created

Ansdell, G. (2016). Can Everything Become Music? Scrap Metal in Southern England. In *Where Music Helps: Community Music Therapy in action and reflection* (pp. 152–159). <http://ebookcentral.proquest.com/lib/univalencia/deta> Created

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

- Arenal, C (1894). *La beneficencia, la filantropía, y la caridad*. Librería de Victoriano Suarez, Madrid. https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/la-beneficencia-la-filantropia-y-la-caridad--0/html/fe4de4-82b1-11df-acc7-002185ce6064_2.html#I_1
- Arenas, A., & Rogelis, A. (2006). Revisión de la historia del trastorno esquizoafectivo y su relación con los rasgos de personalidad. *Universitas Médica*, 47(2), 147–156. http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/5_Revisi%F3n_de_la_historia.pdf
- Argimón, J., & Jiménez, J. (2013). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Elsevier.
- Atienza, F. L., Balaguer, I., Moreno, Y., & Fox, K. R. (2004). El perfil de autopercepción física: propiedades psicométricas de la versión española y análisis de la estructura jerárquica de las autopercepciones físicas. *Psicothema*, 16(3), 461-467.
- Backer, J. De. (2004). *The transition from sensorial play to musical form by psychotic patients in a music therapeutic process*. Aalborg University,.
- Badallo-Carvajosa, A., García-Arias, S., & Yélamos, L. (2013). La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120), 737–47. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352013000400005>

Bárcena, C. G. (2001). El bimaristán, un modelo de hospital islámico. *Natura Medicatrix*, (61), 6–11.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4989778>

Barnes, T. R. E., Drake, R., Paton, C., Cooper, S. J., Deakin, B., Ferrier, I. N., Gregory, C. J., Haddad, P. M., Howes, O. D., Jones, I., Joyce, E. M., Lewis, S., Lingford-Hughes, A., MacCabe, J. H., Owens, D. C., Patel, M. X., Sinclair, J. M. A., Stone, J. M., Talbot, P. S., ... Yung, A. R. (2020). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 34(1), 3–78. <https://doi.org/10.1177/0269881119889296>

Barrio, V. Del. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de La Psicología*, 30(23), 81–90.

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Ra%C3%ADces+y+evoluci%C3%B3n+del+DSM.&btnG=

Bartra, R. (2021). *Cultura y melancolía*. Anagrama.

Baumgartner, T., Lutz, K., Schmidt, C. F., & Jäncke, L. (2006). The emotional power of music: How music enhances the feeling of affective pictures. *Brain Research*, 1075(1), 151–164. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2005.12.065>

Beck, B. D., Lund, S. T., Sjøgaard, U., Simonsen, E., Tellier, T. C., Cordtz, T. O., Laier, G. H., & Moe, T. (2018). Music therapy versus treatment as usual for refugees diagnosed with posttraumatic stress disorder (PTSD): Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2662-z>

- Beck, R., Heffernan, S., Law, H., McCusker, M., Bentall, R. P., & Morrison, A. P. (2012). Subjective judgements of perceived recovery from psychosis. *Journal of Mental Health, 21*(6), 556–566. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.710765>
- Bedregal, P., Shand, B., Santos, M. J., & Ventura-Juncá, P. (2010). Aportes de la epigenética en la comprensión del desarrollo del ser humano. *Revista médica de Chile, 138*(3), 366–372. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n3/art18.pdf>
- Beer, M. D. (1996). Psychosis: A history of the concept. *Comprehensive Psychiatry, 37*(4), 273–291. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(96\)90007-3](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90007-3)
- Benenzon, R. O. (2000). *Aplicaciones clínicas de la musicoterapia*. Lumen.
- Benenzon, R. O. (2007). The Benenzon Model. *Nordic Journal of Music Therapy, 16*(2), 148–159. <https://doi.org/10.1080/08098130709478185>
- Benenzon, R. O. (2011). *Musicoterapia. De la teoría a la práctica*. Paidós.
- Benenzon, R. O. (2019). La Resistencia al no verbal: De la musicoterapia a la terapia Benenzon. *Revista InCantare, 10*(1), 1–105. <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/viewFile/3505/2288>
- Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., Gómez, J., García-Polavieja, B., Santos-Zorrozúa, B., & Gil-Sanz, D. (2018). Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 11*(4), 244-254. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007>

- Bensimon, M., Amir, D., & Wolf, Y. (2008). Drumming through trauma: Music therapy with post-traumatic soldiers. *Arts in Psychotherapy*, 35(1), 34–48.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2007.09.002>
- Bentall, R. (2006). Madness explained: Why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a ‘complaint-orientated’ approach to understanding mental illness. *Medical Hypotheses*, 66(2), 220–233.
<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2005.09.026>
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, A., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270 (Dic. 2018), 168–175.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- Bermejo B, J. C. (2007). Psiquiatría y lenguaje: Filosofía e historia de la enfermedad mental. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 45(3), 193–210.
<https://doi.org/10.4067/s0717-92272007000300004>
- Berrios, G. (1997). Aspectos Históricos de la Psicosis: Experiencias del siglo XIX. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, Septiembre, 60(suppl. 1) 5–14.
https://scholar.google.es/scholar?start=10&q=psicosis+history&hl=es&as_sdt=0.5
- Berrios, G. E., Luque, R., & Villagrán, J. M. (2003). Schizophrenia: A conceptual History. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 111–140. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030201>

- Betés, M. (2000). Bases históricas del uso terapéutico de la música. En Betés, M. (Ed.) *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 23-36). Ediciones Morata S.L.
- Birchwood, M., Iqbal, Z., & Upthegrove, R. (2005). Psychological pathways to depression in schizophrenia: Studies in acute psychosis, post psychotic depression and auditory hallucinations. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(3), 202–212. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0588-4>
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R. Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 157(6), 853–859. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.853>
- Blake, R. L., & Bishop, S. R. (1994). The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) with Adults in the Psychiatric Setting. *Music Therapy Perspectives*, 12(2), 125–129. <https://doi.org/10.1093/mtp/12.2.125>
- Blood, A. J., & Zatorre, R. J. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 98(20), 11818–11823. <https://doi.org/10.1073/pnas.191355898>
- BOE (2014). *Orden SSI/2416/2014, de 17 de diciembre, por la que se crea y regula el Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a Personas con Trastorno Mental Grave, en Valencia.* <https://www.boe.es/eli/es/o/2014/12/17/ssi2416>

- Bonde, A., & Ole, L. (2012). Health Musicing-Music Therapy or Music and Health? A model, empirical examples and personal reflections. *Music and Arts in Action*, 3(2), 120–140. <http://hdl.handle.net/10036/3970>
- Bonny, H. (1975). Music and consciousness. *Journal of Music Therapy*, 12(3), 122–135. <https://doi.org/10.1162/leon.2008.41.4.420>
- Bowman, E. S. (2006). ¿Por qué las convulsiones deberían clasificarse como un trastorno disociativo? *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1). doi 185-211.10.1016/j.psc.2005.10.003.
- Boxberger, R. (1963). *A Historical Study Of The National Association For Music Therapy* (Order No. 6406814). Disponible en ProQuest One Academic. (288318245). <https://www.proquest.com/dissertations-theses/historical-study-national-association-music/docview/288318245/se-2?accountid=14777>
- Braslow, J. T. (2013). The manufacture of recovery. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(Mar. 2013), 781–809. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185642>
- Brown, S., Kim, M., Mitchell, C., Inskip, H. (2010) Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 196(2), 116–121.
- Brüne, M., Abdel-Hamid, M., Lehmkämer, C., & Sonntag, C. (2007). Mental state attribution, neurocognitive functioning, and psychopathology: What predicts poor social competence in schizophrenia best? *Schizophrenia Research*, 92(1–3), 151–159. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.01.006>

- Bruscia, K. E. (1997). *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca. Amarú Ediciones.
- Bruscia, K. E. (2010). *Modelos de improvisación en musicoterapia* (2ª Ed.). Música arte y proceso.
- Bruscia, K. E. (2016). *Definiendo Musicoterapia*. Barcelona Publishers.
- Buchanan, R. W., Kreyenbuhl, J., Kelly, D. L., Noel, J. M., Boggs, D. L., Fischer, B. A., Himelhoch, S., Fang, B., Peterson, E., Aquino, P. R., & Keller, W. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 71–93. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp116>
- Bunt, L., Pike, D., & Wren, V. (1987). Music Therapy in a General Hospital's Psychiatric Unit — A 'Pilot' Evaluation of An Eight Week Programme. *Journal of British Music Therapy*, 1(2), 22–27. <https://doi.org/10.1177/135945758700100205>
- Burns, T., & Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(6), 403–418. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01108.x>
- Calle, A. I. (2011). *Fundamentos histórico-Artísticos de la Música como medio terapéutico en Europa: Desde la edad media hasta el prerromanticismo*. Universitat de Valencia. <https://roderic.uv.es/handle/10550/25833>
- Calle, A. I. (2013). *Historia de la musicoterapia en Europa II: Desde el barroco hasta el Prerromanticismo*. Sociedad Latina de Comunicación Social. <http://www.cuadernosartesanos.org/CBA20.pdf>

- Calle, A. I. (2014a). La incidencia de la musica como medio terapéutico en los espacios arquitectónicos europeos. *Archivo de Arte Valencia*, (95), 91–102. <https://realacademiasancarlos.com/archivo-de-arte-valenciano>
- Calle, A. I. (2014b). *La figura de la mujer en la historia de la musicoterapia*. Sociedad Latina de Comunicación Social. <http://www.cuadernosartesanos.org/2014/cba38.pdf>
- Cardno, A. G., & Owen, M. J. (2014). Genetic relationships between schizophrenia, bipolar disorder, and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 504–515. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu016>
- Carpintero, H. (1993). Luís Vives, psicólogo funcionalista. *Revista de Filosofía*, 6(10), 311–327. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Juan+Luis+Vives+funcionalista&btnG=
- Carr, C. E., O’Kelly, J., Sandford, S., & Priebe, S. (2017). Feasibility and acceptability of group music therapy vs wait-list control for treatment of patients with long-term depression (the SYNCHRONY trial): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 18(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1893-8>
- Carr, C., D’Ardenne, P., Sloboda, A., Scott, C., Wang, D., & Priebe, S. (2012). Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder - An exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(2), 179–202. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02026.x>

- Cassity, M. D. (1976). The Influence of a Music Therapy Activity Upon Peer Acceptance, Group Cohesiveness, and Interpersonal Relationships of Adult Psychiatric Patients. *Journal of Music Therapy*, 13(2), 66–76.
<https://doi.org/10.1093/jmt/13.2.66>
- Cassity, M., & Cassity, J. E. (2006). *Multimodal psychiatric music therapy for adults, adolescents and children: a clinical manual*. Jessica Kingsley Publishers.
- Castro, H. (2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico social. *Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6(1), 33-42.
http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2005/I/4-ESTIGMA_Y_ENFERMEDAD_MENTAL.pdf
- Champagne, F. A., & Curley, J. P. (2009). Epigenetic mechanisms mediating the long-term effects of maternal care on development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(4), 593–600. doi:10.1016/j.neubiorev.2007.10.0
- Chang, C. H., Liu, F. F., Xu, T. H., & Jiao, T. L. (2013). Correlation study of music therapy on subjective well-being and social support for schizophrenic patients. *Medical Journal of Chinese People's Health*, 25 (11), 25-27.
- Charnetsky, C. J., Brennan, F. X., & Harrison, J. F. (1998). Effect of music and auditory stimuli on secretory Immunoglobulin A (IgA). *Perceptual and Motor Skills*, 87(suppl. 3), 1163–1170.
- Chung, J., & Woods-Giscombe, C. (2016). Influence of dosage and type of music therapy in symptom management and rehabilitation for individuals with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(9), 631-641.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1181125>

- Coid, J. W., Kirkbride, J. B., Barker, D., Cowden, F., Stamps, R., Yang, M., & Jones, P. B. (2008). Raised Incidence Rates of All Psychoses Among Migrant Groups. *Archives of General Psychiatry*, 65(11), 1250. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.11.1250>
- Contreras, J. A. (2005). La tecnología: Evidencia empírica y revisión de los modelos y programas hasta el momento. En I. de M. y S. S. (IMSERSO) (Ed.), *Primer congreso: La salud mental es cosa de todos*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso).
- Corcoran, R., Mercer, G., & Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17(1), 5-13. <https://doi.org/10.1017/S0033291703007529>
- Correll, C. U., Rubio, J. M., & Kane, J. M. (2018). What is the risk-benefit ratio of long-term antipsychotic treatment in people with schizophrenia? *World Psychiatry*, 17(2), 149–160. <https://doi.org/10.1002/wps.20516>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Crastnopol, M. (2011). Intimidación inquietante, el canto de la sirena. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(3), 403–418.
- Crastnopol, M. (2019). *Micro-Trauma. Una comprensión psicoanalítica del daño psíquico acumulativo*. Agora Relacional.

- Crow, T. J. (1980). Positive and negative Schizophrenia symptoms and the role of dopamine. *British Journal of Psychiatry*, 137(4), 251–255.
<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/D7CB14D93E48B89B0D244103A07998B3/S000712500071919a.pdf/positive-and-negative-schizophrenic-symptoms-and-the-role-of-dopamine.pdf>
- Crowe, B. J. (2004). A Complexity Science- Based Theory and philosophy for music therapy practice and research. *Music Therapy Today*, 5(3), 1–20.
- Cruz, C., & Rodríguez, M. (2017). La historia clásica y moderna: una visión sinóptica Parte II Diagnóstico. *Psiquiatría y Salud Mental*, 34(3/4), 248-257.
https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Cruz-12/publication/317503554_La_histeria_clasica_y_moderna_una_vision_sinoptica_Parte_I_Historia/links/59edfd45a6fdcc32187da232/La-histeria-clasica-y-moderna-una-vision-sinoptica-Parte-I-Historia.pdf
- Danziger, K. (1979). The positivist repudiation of Wundt. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 15(3), 205–230.
[https://doi.org/10.1002/15206696\(197907\)15:3<205::AIDJHBS2300150303>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/15206696(197907)15:3<205::AIDJHBS2300150303>3.0.CO;2-P)
- Davidson, L., & González-Ibañez, Á. (2017). La recuperacion centrada en la persona y sus implicaciones. *Revista de La Asociación Española Neuropsiquiatria*, 37(131), 189–205. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100011>

- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health, 16*(4), 459–470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>
- Davis, B. J., Lysaker, P. H., Salyers, M. P., & Minor, K. S. (2020). The insight paradox in schizophrenia: A meta-analysis of the relationship between clinical insight and quality of life. *Schizophrenia Research, 223*(Sep 2020), 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.07.017>
- Davis, W. B. (1987). La musicoterapia en la América del siglo XIX. *Revista de musicoterapia, 24* (2), 76-87.
- Davis, W. B. (1988). Music Therapy in Victorian England. *Journal of British Music Therapy, 2*(1), 10-16.
- Degli Stefani, M., & Biasutti, M. (2016). Effects of Music Therapy on Drug Therapy of Adult Psychiatric Outpatients: A Pilot Randomized Controlled Study. *Frontiers in Psychology, 7* (Oct. 2016), 1518. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01518>
- Delahanty, G. (2006). Frieda Fromm-Reichmann y la psicoterapia intensiva en la esquizofrenia. *Neurologia, Neurocirurgia y Psiquiatria, 39*(1), 12–23. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp061c.pdf>
- Deng, W., Addington, J., Bearden, C. E., Cadenhead, K. S., Cornblatt, B. A., Matheron, D. H., Perkins, D. O., Seidman, L. J., Tsuang, M. T., Woods, S. W., Walker, E. F., & Cannon, T. D. (2022). Characterizing sustained social anxiety in individuals at clinical high risk for psychosis: Trajectory, risk factors, and

functional outcomes. *Psychological Medicine*, 1-8.
<https://doi.org/10.1017/S0033291722000277>

Desviat, M. (2020). Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educación Social, Revista De Intervención Socioeducativa*, 75, 17–45
<https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/202463/Art.%201%20Cat.pdf?sequence=2>

Díaz-Mandado, O., Nieto-Moreno, M., Montorio, I., & Periañez-Morales, J. A. (2015). Predictores de recuperación subjetiva en la esquizofrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 101-114.

Dompablo, M. (2018). *Calidad de vida en esquizofrenia*. Universidad Complutense de Madrid.

Duffy, A., Goodday, S. M., Keown-Stoneman, C., Scotti, M., Maitra, M., Nagy, C., & Turecki, G. (2019). Epigenetic markers in inflammation-related genes associated with mood disorder: a cross-sectional and longitudinal study in high-risk offspring of bipolar parents. *International journal of bipolar disorders*, 7(1), 1-8.
<https://www.proquest.com/7d0c4679-e897-4608-b174-f5cf98593e7f>

Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.

Esteban, S. S. (2003). Paracelso el médico, Paracelso el alquimista. *Anales de La Real Sociedad de Química*, (4), 53–61.

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Paracelso+el+m%C3%A9dico+paracelso+el+alquimista&btnG=

Eyre, L. (2013). *Guidelines for music therapy practice in mental health*. Barcelona Publishers.

Fachner, J., Gold, C., & Erkkilä, J. (2013). Music therapy modulates fronto-temporal activity in rest-EEG in depressed clients. *Brain Topography*, 26(2), 338–354.
<https://doi.org/10.1007/s10548-012-0254-x>

Fancourt, D., Garnett, C., Spiro, N., West, R., & Müllensiefen, D. (2019). How do artistic creative activities regulate our emotions? Validation of the Emotion Regulation Strategies for Artistic Creative Activities Scale (ERS-ACA). *PLoS one*, 14(2), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211362>

Fasolino, G. H. (2002). Evolución histórica del término catatonía. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 8(48), 145-150.
<http://polemos.com.ar/docs/vertex/vertex48.pdf#page=66>

Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia FEAMT (2022). *Definición de Musicoterapia según la World Federation of Music Therapy WFMT de 2011*.
<http://feamt.es/que-es-la-musicoterapia/>

Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia FEAMT (2022). *Definición de Musicoterapia según la World Federation of Music Therapy WFMT de 1996*.
<http://feamt.es/que-es-la-musicoterapia/>

- Fenton, W. S., & Schooler, N. R. (2000). Evidence Based psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 1-3.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033428>
- Fernández de Ramón, J., & Criado, C.F. (2017). Los remedios de sanación de los papiros médicos del Imperio Medio egipcio. En Sánchez C.M., Claret G.M.A. & Jesús G.M.M. *Los Colegios Profesionales de Enfermería, su función social e institucional* (pp. 555-562). Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca.
<https://core.ac.uk/download/pdf/199184267.pdf>
- Fernández, A. V., & Mañá, R. A. (2016). El legado islámico en los cuidados psiquiátricos. El Maristán de Granada. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y humanidades*, 20(45), 52-63.
<https://doi.org/10.14198/cuid.2016.45.0>
- Ferreri, L., Bigand, E., Perrey, S., Muthalib, M., Bard, P., & Bugaiska, A. (2014). Less effort, better results: How does music act on prefrontal cortex in older adults during verbal encoding? an fNIRS study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(May. 2014), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00301>
- Ferro, R., & Vives, C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panacea*, 5(16), 97–99.
- First, M. B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (2002). *Structured Clinical Interview Diagnostic (SCID) for DSM-IV-TR Axis I Disorders*. Biometrics Research.

- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes De Psicología*, 24(1-3), 223-244.
<http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104>
- Foucault, M. (1967). *Historia de la Locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica. [http://i3campus.co/CONTENIDOS/es-ibliofilo/content/Foucault,%20Michel%20\(1926-1984\)/Foucault,%20Michel%20%20Historia%20de%20la%20Locura%20I,%20II%20y%20III.pdf](http://i3campus.co/CONTENIDOS/es-ibliofilo/content/Foucault,%20Michel%20(1926-1984)/Foucault,%20Michel%20%20Historia%20de%20la%20Locura%20I,%20II%20y%20III.pdf)
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Ariel.
- Francomano, A., Carlone, M., Dazzo, M., & Barbera, D. L. (2011). Un modelo di musicoterapia nelle psicosi schizofreniche: possibilità di impiego della musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica. *Psichiatria e Psicoterapia*, 30(4), 277-299.
- Fu, W. J., & Zhang, L. F. (2013). The rehabilitation effect of improvisational music therapy on the treatment of social disability in patients with schizophrenia in recovery period. *Sichuan Mental Health*, 26(3), 215-218.
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Corrigan, P.W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95-104.
<https://doi.org/10.2975/32.2.2008.95.104>

- Fusar-Poli, P., Tantardini, M., De Simone, S., Ramella-Cravaro, V., Oliver, D., Kingdon, J., Kotlicka-Antczak, M., Valmaggia, L., Lee, J., Millan, M. J., Galderisi, S., Balottin, U., Ricca, V., & McGuire, P. (2017). Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk. *European Psychiatry*, 40, 65–75. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.09.003>
- Galán Gómez, S. (2019). Teólogos y músicos: Pedro de Osma, Ramos de Pareja y la génesis medieval de la Escuela de Salamanca de pensamiento musical. *Estudios Sobre Patrimonio, Cultura y Ciencias Medievales*, 21, 257–296.
- Gallach, S. E., & Huertas, Z. M. (2000). Rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental crónica. En Escribá, P. & Huertas, M (Eds.) (2000) *Salud mental comunitaria. Rehabilitación psico-social y reinserción socio-laboral* (pp. 255-294). Nau llibres.
- García, I. C. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 9–25. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352008000100002>
- García, V. J. D. (1991). Sobre la «melancolía» en Hipócrates. *Psicothema*, 3(1), 259–267. <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7082/6946>
- Garrabé, J. (2000). La psiquiatría en el siglo xx. *Átopos*, 2, 33–42. http://www.atopos.es/pdf_02/psiquiatria-SXX.pdf
- Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, Ł. Chen, X. J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like

disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD004025.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4>

Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U.

(2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155–164.

Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., & Arrieta, M. (2012). Adaptación al

español de la prueba de teoría de la mente Hinting Task. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 79–88. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.11.004>

Gold, C., Heldal, T., Dahle, T., & Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia-like illnesses (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

<https://doi.org/10.1002/14651858.cd005378>

Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., Aarø, L. E.,

Rittmannsberger, H., Stige, B., Assmus, J., & Rolvsjord, R. (2013). Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: Multicentre randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), 319–331. <https://doi.org/10.1159/000348452>

Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose–response relationship in

music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 193–207.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.001>

- González, Á. P. (2011). Islam y conocimiento. *Pliegos de Yuste: revista de cultura y pensamiento europeos*, 14(13), 117-124.
<http://www.pliegosdeyuste.eu/n1314/p117-124.pdf>
- González, E. D. (2000a). Breve historia de la psiquiatría. En P. E. Pérez & M. H. Zarco (Eds.), *Salud mental comunitaria: rehabilitación psico-social y reinserción socio-laboral* (pp. 15–44). Nau llibres.
- González, E. D. (2000b). De la Psiquiatría a la Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 20(74), 249-260.
<http://www.wv.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15695/15554>
- González, E. D. (2021). *Historia de la locura en España*. Siglo XXI de España Editores S.A.
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=k1JGEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=Gonzalez+Duro&ots=Ph1hdc8P1q&sig=oZQvgYO-qqzlvRpotf5mV6sp9vQ#v=onepage&q&f=false>
- González-Pardo, H., & Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales. Escuchando al fármaco o al paciente*. Alianza.
- Green, A. C., Bærentsen, K. B., Stodkilde-Jorgensen, H., Roepstorff, A., & Vuust, P. (2012). Listen, learn, like! Dorsolateral prefrontal cortex involved in the mere exposure effect in music. *Neurology Research International*, 2012.
<https://doi.org/10.1155/2012/846270>
- Greenhead, K., & Habron, J. (2015). The touch of sound: Dalcroze Eurythmics as a somatic practice. *Journal of Dance & Somatic Practices*, 7(1), 93–112.

- Grocke, D., Bloch, S., Castle, D., Thompson, G., Newton, R., Stewart, S., & Gold, C. (2014). Group music therapy for severe mental illness: a randomized embedded-experimental mixed methods study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *130*(2), 144-153. <https://doi.org/10.1111/acps.12224>
- Guinea, R., & Casal, J. Carlos. (2012). La voz de los usuarios. En Desviat M. & Moreno A.P (Eds). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad* (pp. 877–884). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Gürel, Ç., Kuşçu, G. C., Yavaşoğlu, A., & Avcı, Ç. B. (2020). The clues in solving the mystery of major psychosis: the epigenetic basis of schizophrenia and bipolar disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *113*(Jun 2020), 51-61. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763419310462>
- Guzmán Guzmán, R. E. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista clínica de medicina de familia*, *4*(3), 234-243. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n3/especial5.pdf>
- Habtewold, T. D., Rodijk, L. H., Liemburg, E. J., Sidorenkov, G., Boezen, H. M., Bruggeman, R., & Alizadeh, B. Z. (2020). A systematic review and narrative synthesis of data-driven studies in schizophrenia symptoms and cognitive deficits. *Translational psychiatry*, *10*(1), 1-24. <https://www.nature.com/articles/s41398-020-00919-x.pdf?origin=ppub>
- Haidl, T. K., Rosen, M., Ruhrmann, S., & Klosterkötter, J. (2018). Social anxiety in individuals with clinical high-risk state for psychosis. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie*, *87*(5), 284–297. <https://doi.org/10.1055/a-0602-4332>

- Hanson-Abromeit, D. (2015). A conceptual methodology to define the therapeutic function of music. *Music Therapy Perspectives*, 33(1), 25–38. <https://doi.org/10.1093/mtp/miu061>
- Hartley, S., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2013). Anxiety and depression in psychosis: A systematic review of associations with positive psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(5), 327–346. <https://doi.org/10.1111/acps.12080>
- Hayashi, N., Tanabe, Y., Nakagawa, S., Noguchi, M., Iwata, C., Koubuchi, Y., Watanabe, M., Okui, M., Takagi, K., Sugita, K., Horiuchi, K., Sasaki, A., & Koike, I. (2002). Effects of group musical therapy on inpatients with chronic psychoses: a controlled study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56(2), 187-193. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2002.00953.x>
- He, H., Yang, M., Duan, M., Chen, X., Lai, Y., Xia, Y., Shao, J., Biswal, B. B., Luo, C., & Yao, D. (2018). Music intervention leads to increased insular connectivity and improved clinical symptoms in schizophrenia. *Frontiers in Neuroscience*, 11(Ene. 2018), 1–15. <https://doi.org/10.3389/fnins.2017.00744>
- Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12(3), 426-445. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.12.3.426>
- Heinze, G. (1996). Del DSM-III-R al DSM-IV. *Salud Mental*, 19(supl. 2), 4–6. <http://www.repositorio.inprf.gob.mx/bitstream/handle/123456789/7350/sm19s204.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Helgason, C., & Sarris, J. (2013). Mind-body medicine for schizophrenia and psychotic disorders: A review of the evidence. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 7(3), 138–148. <https://doi.org/10.3371/CSRP.HESA.020813>
- Hernández, M. M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171–187. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100010>
- Hernando, I. G. (2012). La piedra de la locura. *Revista digital de iconografía medieval*, 4(8), 79-88. [La piedra de la locura \(ucm.es\)](http://www.ucm.es)
- Herráez, D. F. (2007). ¿Hubo Una Psicoterapia Verbal En La Grecia Clásica ? *Frenia*, 7(1), 167–194. <https://core.ac.uk/download/pdf/228844291.pdf>
- Hjorth, P., Medici, C. R., Juel, A., Madsen, N. J., Vandborg, K., & Munk-Jorgensen, P. (2017) Improving quality of life and physical health in patients with schizophrenia: A 30-month program carried out in a real-life setting. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(4), 287-96. <https://doi.org/10.1177/0020764017702172>
- Hjorthøj, C., Stürup, A.E., McGrath, J.J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 4(4), 295-301. doi: [10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0).
- Hombrados, M. I., García, M., & López, T. (2006). *Intervención social y comunitaria*. Aljibe.

- Hopper, K., Harrison, G., Janca, A., & Sartorius, N. (2007). *Recovery from Schizophrenia: An International Perspective: A Report from the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press.
- Huertas, M.Z. & Navarro I.M. (2009) Los programas de rehabilitación psicosocial (RHPS) e inserción socioprofesional dirigido a personas con enfermedad mental severa (Albanta, Agora, Alalba y Albero Artesanos). *Informació Psicológica*, (97), 4-16.
- Huertas, M.Z., & Peris, P.R. (2000). Equipos de salud mental comunitaria. En Escrivá P., & Huertas M.P. (Eds.), *Salud mental comunitaria: rehabilitación psicosocial y reinserción socio-laboral* (pp. 93–140). Nau Llibres
- Huertas, R. (1999). Entre la doctrina y la clínica: la nosografía de J. E. D. Esquirol (1772-1840). *Cronos: Cuadernos Valencianos de Historia de La Medicina y de La Ciencia*, 2(1), 47–66
https://digital.csic.es/bitstream/10261/100425/1/Cronos_2_1_1999_47-66.pdf
- Huppert, J. D., & Smith, T. E. (2005). Anxiety and schizophrenia: The interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectrums*, 10(9), 721–731.
<https://doi.org/10.1017/S1092852900019714>
- Jackson, N. A. (2015). Music therapy and chronic mental illness: Overcoming the silent symptoms. *Music Therapy Perspectives*, 33(2), 90-96. <https://doi.org/10.1093/mtp/miv017>

- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What Is Recovery A Conceptual model? *Psychiatric Services*, 52(4), 482–485.
- Jaramillo, R. I. A. (2021). No hay mal que dure 100 años, ni una era que lo resista: Sobre la eliminación del término Esquizofrenia. *RD.Icuap*, 7(20), 174–185. <http://rd.buap.mx/ojs-dm/index.php/rdicuap/article/view/607>
- Jia, R., Liang, D., Yu, J., Lu, G., Wang, Z., Wu, Z., Huang, H., & Chen, C. (2020). The effectiveness of adjunct music therapy for patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 293(Jul), 113464. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113464>
- Jobe, T. H., & Harrow, M. (2010). Schizophrenia course, long-term outcome, recovery, and prognosis. *Current Directions in Psychological Science*, 19(4), 220–225. <https://doi.org/10.1177/0963721410378034>
- Juliá-Sanchis, R., Aguilera-Serrano, C., Megías-Lizancos, F., & Martínez-Riera, J. R. (2020). *Evolution and status of the community model of mental health care. SESPAS Report 2020. Gaceta Sanitaria.* <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.014>
- Jung, X. T., & Newton, R. (2009). Cochrane Reviews of non-medication-based psychotherapeutic and other interventions for schizophrenia, psychosis, and bipolar disorder: A systematic literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 239-249. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00613.x>
- Kaneda, Y., Nagamine, I., & Fujii, A. (2003). Ansiedad-Estado en la esquizofrenia. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 17(2), 101-107.

- Kao, Y. C., Lien, Y. J., Chang, H. A., Tzeng, N. S., Yeh, C. Bin, & Loh, C. H. (2017). Stigma Resistance in Stable Schizophrenia: The Relative Contributions of Stereotype Endorsement, Self-Reflection, Self-Esteem, and Coping Styles. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(10), 735–744. <https://doi.org/10.1177/0706743717730827>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kerr, S. L., & Neale, J. M. (1993). Emotion perception in schizophrenia: specific deficit or further evidence of generalized poor performance? *Journal of Abnormal Psychology*, 102(2), 312-318. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.2.312>
- Keshavan, M. S., Nasrallah, H. A., & Tandon, R. (2011). Schizophrenia, “Just the Facts” 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. *Schizophrenia Research*, 127(1-3), 3-13. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996411000454>
- Kim, J. (2016). Psychodynamic music therapy. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 16(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v16i2.882>
- Kim, Y. (2004). The early beginnings of Nordoff-Robbins music therapy. *Journal of Music Therapy*, 41(4), 321–339. <https://doi.org/10.1093/jmt/41.4.321>
- Koelsch, S. (2009). A Neuroscientific Perspective on Music Therapy. *Annals of the The New York Academy of Sciences*, 1169(1), 374–384. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04592.x>

- Koelsch, S., Boehlig, A., Hohenadel, M., Nitsche, I., Bauer, K., & Sack, U. (2016). The impact of acute stress on hormones and cytokines, and how their recovery is affected by music-evoked positive mood. *Scientific Reports*, 6(Mar. 2016), 1–11. <https://doi.org/10.1038/srep23008>
- Koelsch, S., Skouras, S., Fritz, T., Herrera, P., Bonhage, C., Küssner, M. B., & Jacobs, A. M. (2013). The roles of superficial amygdala and auditory cortex in music-evoked fear and joy. *NeuroImage*, 81, 49–60. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.05.008>
- Kotrlik, J. W., Williams, H. A., & Jabor, M. K. (2011). Reporting and interpreting effect size in quantitative agricultural education research. *Journal of Agricultural Education*, 52(1), 132–142. <https://doi.org/10.5032/jae.2011.0113>
- Kuri, S.E.R., (2013). La Melancolía ¿Neurosis o Psicosis ? *Realitas: revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(1), 56–58. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>
- Kwon, M., Gang, M., & Oh, K. (2013). Effect of the Group Music Therapy on Brain Wave, Behavior, and Cognitive Function among Patients with Chronic Schizophrenia. *Asian Nursing Research*, 7(4), 168-174. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.09.005>
- La Santa Biblia (1960). *Sociedades Bíblicas Unidas*. Centro Regional para las américas.
- Laín, P.E. (1978). *Historia de la medicina*. Salvat Editores. <file:///C:/Users/Home/Downloads/historia-de-la-medicina.pdf>

- Laursen, T.M., Nordentoft. M., & Mortensen. P.B. (2014) Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 10(1), 425–448.
- Lee, H., Lee, D., Park, M., & Lee, S. (2014). The Effect of Group Music Therapy on the Social Function and Interpersonal Relationship in Outpatients with Schizophrenia. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 53(1), 40–53.
- Legge, A. W. (2015). On the neural mechanisms of music therapy in mental health care: Literature review and clinical implications. *Music Therapy Perspectives*, 33(2), 128–141. <https://doi.org/10.1093/mtp/miv025>
- Lemos, S., Fernández, P., Vallina, O., Fonseca, E., & Paino, M. (2010). Bases Clínicas para un Nuevo Modelo de Atención a las Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 299–318. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a7>
- León, G.O. & Montero, G-C. I., (2006). *Metodologías científicas en psicología*. Barcelona. Ed. UOC.
- León, H. M. C. (2013). Estigma y enfermedad mental. *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental Hermilio Valdizan Estigma Y Enfermedad Mental: Un Punto De Vista Histórico-Social*, 10(2), 234. http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Buri%0An_2010_Preprint.pdf?sequence=1%0Ahttp://www.hhv.gob.pe/revista/2005/4ESTIGMA_Y_ENFERMEDAD_MENTAL.pdf
- Lera, P. G & Lera, C. G (2009). *Hospital Municipal Santa Llúcia d'Alzira. Estudi històric i assistencial. 1967-1997*. Valencia. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Escuela Valenciana de Estudios de la Salud ed.

- Lermanda, S.V., Holmgren G.D., Soto-Aguilar, B.F., & Sapag, S.F. (2013). Trastorno esquizoafectivo: ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar? *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(1), 46–60. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272013000100007>
- Leucht, S., Samara, M., Heres, S., & Davis, J.M. (2016). Dose equivalents for antipsychotic drugs: The DDD Method. *Schizophrenia Bulletin*, 42(suppl. 1), S90-S94.
- Li, W., Yang, Y., An, F. R., Zhang, L., Ungvari, G. S., Jackson, T., Yuan, Z., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of comorbid depression in schizophrenia: A meta-analysis of observational studies. *Journal of Affective Disorders*, 273 (Oct. 2019), 524–531. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.056>
- Li, Y. M., Ren, X., Li, C. P., & Li, Z. Q. (2007). The correct effect of language guided music therapy on patients with schizophrenia. *International Nurses Journal*, 26(9), 917-918.
- Liberman, R. P., & Kopelwicz, A. (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación Psicosocial*, 1(1), 12–29. <http://www.elsevier.es>
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256–272. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016905>

- Lipowski, Z. J. (1991). Delirium: how its concept has developed. *International Psychogeriatrics*, 3(2), 115-120.
<https://www.proquest.com/docview/2392987358?accountid=14777>
- Longden, E., Branitsky, A., Moskowitz, A., Berry, K., Bucci, S., & Varese, F. (2020). The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 46(5), 1104-1113.
<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/46/5/1104/5816610>
- López, M. & Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(1), 187-223.
<http://www.faisem.es/contenidos/publicaciones/articulos/Art%C3%ADculo%20Rehabilitaci%C3%B3n%20RevAEN99>
- López, S. (2011). *Delimitación diagnóstica y clínica del trastorno de somatización*. Universidad de Valencia. <http://www.tdx.cat/handle/10803/80943>
- Loroño, A. (1996). Esquizofrenia y Musicoterapia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, (26), 91–102.
- Lu, G., Jia, R., Liang, D., Yu, J., Wu, Z., & Chen, C. (2021). Effects of music therapy on anxiety: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research*, 304(Jul.), 114137. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114137>
- Lu, S. F., Lo, C. H. K., Sung, H. C., Hsieh, T. C., Yu, S. C., & Chang, S. C. (2013). Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in

- patient with schizophrenia. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(6), 682–688. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.09.002>
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, 21(1), 161–165. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9926-3>
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192–199.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016>
- Lysaker, P., Yanos, P. T., & Roe, D. (2009). The role of insight in the process of recovery from schizophrenia: A review of three views. *Psychosis*, 1(2), 113–121. <https://doi.org/10.1080/17522430902948175>
- Maj, M. (2011). Understanding the pathophysiology of schizophrenia: Are we on the wrong or on the right track?. *Schizophrenia Research*, 127(1-3), 20–21.
- Majadas, S., Olivares, J., Galan, J., & Diez, T. (2012). Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), 145–151.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.03.009>
- Mansouri, F. A., Acevedo, N., Illiparampil, R., Fehring, D. J., Fitzgerald, P. B., & Jaberzadeh, S. (2017). Interactive effects of music and prefrontal cortex stimulation in modulating response inhibition. *Scientific Reports*, 7(1), 1–13.
<https://doi.org/10.1038/s41598-017-18119-x>

- Mao, Z. Q., Li, D., Zhang, G.F., Cha, Z.Q., & Rong, J. K. (2013). The effects of music therapy on the rehabilitation of patients with chronic schizophrenia. *China Journal of Health Psychology*, 21, 56–57.
- Maratos, A., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. (2008). Music therapy for depression (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), 1–18. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004517>
- March-Luján, A. (2017). *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)*. Universidad Católica de Valencia.
- Marneros, A. (2015). Trastorno esquizoafectivo: una realidad clínica y una controversia teórica. El desarrollo de un concepto. In A. H. Benabarre (Ed.), *Trastornos Esquizoafectivos* (pp. 2–14). Editorial Médica Panamericana. <http://www.herrerobooks.com/pdf/PAN/9788498359039.pdf>
- Martínez Conesa, J. A. (1991). Las perturbaciones mentales en el corpus hippocaticum. El concepto “manía”. *Saitabi*, (41), 111-124. <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/27026/111-123.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martino, L. M., & Risco, A. M. (2014). “Desine, iam conclamatum est”: Relatos sobre la muerte aparente en el mundo romano. *Praesentia*, (15), 1–17. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12660/CONICET_Digital_Nro.15604.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Masserman, J., & Carmichel, M. (1938). New York City of Mental Science. *The Journal of Mental Science*, 84(353), 894–945. <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/7506B8CFAE139CBD46709F7EF28FAA8B/S0368315X00216150a.pdf/diagnosis-and-prognosis-in-psychiatry-with-a-follow-up-study-of-the-results-of-short-term-general-hospital-therapy-of-psychiatr>
- Matheson, S. L., Shepherd, A. M., Pinchbeck, R. M., Laurens, K. R., & Carr, V. J. (2013). Childhood adversity in schizophrenia: A systematic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(2), 225–238. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000785>
- McCutcheon, R. A., Merritt, K., & Howes, O. D. (2021). Dopamine and glutamate in individuals at high risk for psychosis: a meta-analysis of in vivo imaging findings and their variability compared to controls. *World Psychiatry*, 20(3), 405–416. <https://doi.org/10.1002/wps.20893>
- McGrath, J., & Scott, J. (2006). Urban birth and risk of schizophrenia: A worrying example of epidemiology where the data are stronger than the hypotheses. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15(4), 243–246. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00002104>
- Mellor, B.M., & Aragona, M. (2009). De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(1), 217–228. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352009000100016>

- Mendizabal, I., Berto, S., Usui, N., Toriumi, K., Chatterjee, P., Douglas, C., ... & Yi, S. V. (2019). Cell type-specific epigenetic links to schizophrenia risk in the brain. *Genome Biology*, 20(1), 1-21. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0006322320302882?token=C34D623B8BF6E6431CDCC1EE018928211149D636E2A880EAF28F125A8D39FAC5EE2D752D6C73270A30C9EB08F921EC0F&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220420140704>
- Merita, M. L. G., Miquel, M., & Fuentes, I. D. (1991). *Psicofisiología clínica: Depresión y Esquizofrenia*. Promolibro.
- Merrill, T. R. (2016). Music Therapy Research: A historical Portrait. In B. L. Wheeler & K. Murphy (Eds.), *Music Therapy Research* (Third, pp. 10–26). Barcelona Publishers.
- Miller, C. A. (2006) Jundi-Shapur, bimaristans, and the rise of academic medical centres. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99 (12), 615–617.
- Mitchell, A.J., Vancampfort, D., Sweers, K., van Winkel, R., Yu. W., De Hert, M. (2013) Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders—a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 306–318
- Mohammadi, A. Z., Minhas, L. S., Haidari, M., & Panah, F. M. (2012). A study of the effects of music therapy on negative and positive symptoms in schizophrenic patients. *German Journal of Psychiatry*, 15(2), 56–62.

- Mohamud, W.N., Ismail, A.A., Sharifuddin, A., Ismail, I.S., Musa, K.I., Kadir, K.A., Kamaruddin, NA, Yaacob NA, Mustafa N, Ali O, Harnida S, Bebakar WM (2011) Prevalence of metabolic syndrome and its risk factors in adult Malaysians: results of a nationwide survey. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 91(2), 239–245.
- Moore, K. S. (2013). A systematic review on the neural effects of music on emotion regulation: Implications for music therapy practice. *Journal of Music Therapy*, 50(3), 198–242. <https://doi.org/10.1093/jmt/50.3.19>
- Morgan, C., & Hutchinson, G. (2009). The social determinants of psychosis in migrant and ethnic minority populations: a public health tragedy. *Psychological Medicine*, 40(5), 705-709. <https://www.proquest.com/fe249668-5922-45cb-abb8-e64cc0e87d15>
- Morgan, C., & Hutchinson, G. (2010). The sociodevelopmental origins of psychosis. *Principles of Social Psychiatry*, (2), 193-213. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/univalencia/detail.action?docID=496052>
- Morgan, K., Bartrop, R., Telfer, J., & Tennant, C. (2011). A controlled trial investigating the effect of music therapy during an acute psychotic episode. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 363–371. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01739.x>
- Moritz, S., Mahlke, C. I., Westermann, S., Ruppelt, F., Lysaker, P. H., Bock, T., & Andreou, C. (2018). Embracing Psychosis: A Cognitive Insight Intervention Improves Personal Narratives and Meaning-Making in Patients With

Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(2), 307–316. [doi: 10.1093/schbul/sbx072](https://doi.org/10.1093/schbul/sbx072)

Moscardó, J., González, R., & Valencia, P. (2009). Influencias islámicas en la obra del Padre Jofré. *VII Jornadas Autonómicas de La AEN-PV*. <http://www.historiasocialdelamedicina.es/pdf/Influencia+Islamica+Padre.Jofre.doc.pdf>

Mössler, K., Assmus, J., Heldal, T. O., Fuchs, K., & Gold, C. (2012). Music therapy techniques as predictors of change in mental health care. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4), 333-341. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.05.002>

Mössler, K., Chen, X., Heldal, T. O., & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD004025. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub3>

Muñoz, M., Sanz, M., & Pérez-Santos, E. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivocomportamental. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 7, 41-50.

Nabors, L. M., Yanos, P. T., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Leonhardt, B. L., Buck, K. D., & Lysaker, P. H. (2014). Stereotype endorsement, metacognitive capacity, and self-esteem as predictors of stigma resistance in persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 792–798. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.01.011>

- National Institute for Clinical Excellence. (2017). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management*. NICE Clinical guideline.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management*. NICE Clinical guideline.
- Navarrete, C. A. (2006). Eros y Retórica: desde la Locura Divina al Conocimiento Humano en el Fedro de Platón. *Espéculo: Revista de Estudios Literarios*, 32, 180-190. <https://biblioteca.org.ar/libros/151230.pdf>
- Navarro O, L. (2009). Trastornos somatomorfos. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 10(1), 34-43. http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista_mexicana_neurociencia/5%20trastornos%20somatomorfos.pdf
- Nogales E, A. (2001). La enfermería y el cuidado de los enfermos mentales en el s. XV. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 9, 15–21. <https://doi.org/10.14198/cuid.2001.9.04>
- Novella, E. J., & Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205–219. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a1>
- OECD. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S., Stroup, T.S. (2015) Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*. 72(12),1172-1181. doi:[10.1001/jamapsychiatry.2015.1737](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1737)

- Olivares, J. M., & Torres, A. (2005). Validation of the Spanish version of the Social Functioning Scale. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(4), 216-220.
- Omori, Y., Mori, C., & White, A. H. (2014). Self-stigma in Schizophrenia: A concept Analysis. *Nursing Forum*, 49(4), 259-266.
- Orden 2929/1997, del 3 de febrero de 1997, por la cual se modifica la Orden de 9 de abril de 1990 (DOGV núm. 1.291) sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana, con el fin de atender los nuevos servicios que se van a prestar a enfermos mentales crónicos en la Comunidad Valenciana. *Diario Oficial de la Comunidad Valenciana*, de 13 de febrero de 1997.
https://dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=0373/1997&L=1
- Palijan, T. Z., Kovacevic, D., Vlastelica, M., Dadic-Hero, E., & Sarilar, M. (2017). Quality of life of persons suffering from schizophrenia, psoriasis and physical disabilities. *Psychiatria Danubina*, 29(1), 60-65.
<https://doi.org/10.24869/psyd.2017.60>
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247-253.
- Patiño, R. (2006). Etnopsiquiatría en Salvador de Bahía. *En Memorias Del V Congreso Internacional de La Asociación Psiquiátrica de Jalisco, Colegio Médico, AC*, 139–171.

- Pavlicevic, M., Trevarthen, C., & Duncan, J. (1994). Improvisational Music Therapy and the Rehabilitation of Persons Suffering from Chronic Schizophrenia. *Journal of Music Therapy*, 31(2), 86–104. <https://doi.org/10.1093/jmt/31.2.86>
- Pavlov, A., Kameg, K., Cline, T. W., Chiapetta, L., Stark, S., & Mitchell, A. M. (2017). Music Therapy as a Nonpharmacological Intervention for Anxiety in Patients with a Thought Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(3), 285–288. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1264516>
- Penn, D. L., Combs, D. R., Ritchie, M., Francis, J., Cassisi, J., Morris, S., & Townsend, M. (2000). Emotion recognition in schizophrenia: Further investigation of generalized versus specific deficit models. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 512–516. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.512>
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22(4), 171-177.
- Pérez, F. (Ed.). (2012). Perspectivas sobre la rehabilitación psicosocial en el mundo. En *Hacia una reformulación de la rehabilitación psicosocial* (pp. 103–118). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Pérez, J. A. L. (1986). RESEÑA de: Pigeaud, J. La maladie de l'âme: Etude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique. París: Les Belles Lettres, 1981. *Epos: Revista de filología*, (2), 365-365. <http://revistas.uned.es/index.php/EPOS/article/download/9439/8995>
- Pérez, M. L. (2006). La transmisión a la edad media de la ciencia médica clásica. *Antigüedad y Cristianismo*, (23), 899-911. <https://www.proquest.com/scholarly->

journals/la-transmisi3n-edad-media-de-ciencia-m3dica/docview/1658781931/se-2?accountid=14777

- P3rez-3lvarez, M. (2012). El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura. *Papeles del Psic3logo*, 33(1), 74-75. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2038.pdf>
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Lim, S., Poh, C. L., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500-506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041>
- Pichot, P. (2003). Los conceptos de trastorno del estado de 3nimo y de ansiedad: evoluci3n hist3rica. *3topos*, 1(3), 4-13. http://atopos.exlibrisediciones.com/pdf_02/articulop4.pdf
- Pigem, J.M.S. (1945). Originales: La piroterapia, las curas de choque y asociaci3n de m3todos en psiquiatr3a. *Anales de Medicina y Cirug3a*, 18(3), 260-264. <https://raco.cat/index.php/AnalesMedicina/article/download/183360/252044/0>
- Pile3o, M. E., Morillo, F. J., Salvadores, P.F, & Nogales, A.E (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la 3poca medieval. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermer3a y Humanidades*, (13), 29-35. <https://doi.org/10.14198/cuid.2003.13.06>

- Plumed, J. J. & Rojo, L. M. (2010). El tratamiento de las psicosis funcionales en España a principios del siglo XX (1917-1931). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(3), 163–169.
- Poch B. S. (1999). *Compendio de Musicoterapia (I y II)*. Biblioteca de Psicología, Textos Universitarios, Ed. Herder.
- Poch B. S. (2013). *Musicoterapia en psiquiatría*. Editorial Médica Jims, S.L.
- Polo, C. G. (1996). El jofrismo: del mito primigenio a la deformación histórica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 16(58), 313-326. <http://0-www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/15485>
- Polo, C. G. (1999). *Crónica del manicomio: Prensa, locura y sociedad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Polo, C. G. (2021). *Bogeria y salut mental: El manicomio de Jesús (1866-1989)*. Institució Alfons el Magnànim-Centre Valencià d'Estudis i d'Investigació.
- Porter, R. (2003). *Locura: Una breve historia*. OUP Oxford. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=AAJREAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=madness+history&ots=5URSFyIyVk&sig=wuNgsZsysN4cprQPjxRwqk1jUQk#v=onepage&q=madness%20history&f=false>
- Raij, T. T., Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Saarni, S. I., & Riekkii, T. J. J. (2014). Association of stigma resistance with emotion regulation - Functional magnetic resonance imaging and neuropsychological findings. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 727–735. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.010>

- Read, J. (2010). Can poverty drive you mad? “Schizophrenia”, socio-economic status and the case for primary prevention. *New Zealand Journal of Psychology*, 39(2), 7–19.
- Read, J., Bentall, R. P., & Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(4), 210–225. <https://doi.org/10.1057/9781137304667>
- Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A., & Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*, 64(4), 319–345. <https://doi.org/10.1521/psyc.64.4.319.18602>
- Real Academia Española. (2020). Locura. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). Recuperado de [locura | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE](#)
- Real Academia Española. (2021). Improvisar. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). Recuperado de [improvisar | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE](#)
- Remington, G., Addington, D., Honer, W., Ismail, Z., Raedler, T., & Teehan, M. (2017). Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 604–616. <https://doi.org/10.1177/0706743717720448>

- Ritsher, J. B., & Phelan J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257–65. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Rivas, R. P. (2012). Aristóteles y la melancolía. En torno a *Problemata XXX*, 1.*Contrastes*. *Revista Internacional de Filosofía*, 17(2012). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4108843.pdf>.
- Rizzolatti, G. (2005). The mirror neuron system and its function in humans. *Anatomy and Embryology*, 210(5–6), 419–421. <https://doi.org/10.1007/s00429-005-0039-z>
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The Mirror-Neuron System. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169–192. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230>
- Rizzolatti, G., Fogassi, L., & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(9), 661–670. <https://doi.org/10.1038/35090060>
- Rodríguez Sosa, J. T., Acosta, M. O., & Rodríguez Del Rosario, L. (2011). Theory of mind, facial recognition and emotional processing in schizophrenia. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 4(1), 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.11.005>

- Rodríguez, J. F. (1977). *Medicus Colonorum:(los médicos oficiales de las ciudades en época romana)*. Universidad de Córdoba.
https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/5836/trabajos14_1977.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez, M. F. (2002). Sobre la locura en las sociedades musulmanas tradicionales. *Frenia*, 2 (2), 255–264.
<http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/viewFile/16382/16228>
- Rodríguez, P. F, Rodríguez G. A & Caballero E. N (2018). Musicoterapia: Definición, componentes y evidencias. En R. Francisco & N. Caballero (Eds.), *Salud y bienestar; más allá del arte* (pp. 375–416). Mercurio editorial.
- Rodríguez, P. F. & García, Á. R. (2020). Lo comunitario y la recuperación:¿términos o nociones?. *Norte de Salud Mental*, 16(62), 9-13.
- Rodríguez, P. F. (2018). Psicosis y psicodinamia. En R. Francisco & N. Caballero (Eds.), *Salud y bienestar; más allá del arte* (pp. 17–89). Mercurio editorial.
- Rodríguez, P. F. (2018). Psicosis: De la fenomenología del Self a las neurociencias. En R. Francisco & N. Caballero (Eds.), *Salud y bienestar; más allá del arte* (pp. 149–200). Mercurio editorial.
- Rodríguez, P. F., & De Rivera, J. L. G. (1993). La investigación epidemiológica de la esquizofrenia : algunos problemas metodológicos. En G. de R. Revuelta, F. P. Rodríguez, & A. S. López (Eds.), *El método epidemiológico en Salud Mental* (pp. 271–292). Masson-Salvat. <https://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/1993-LA-INVESTIGACION-EPIDEMIOLOGICA->

[DE-LA-ESQUIZOFRENIA-ALGUNOS-PROBLEMAS-METODOLOGICOS.pdf](#)

Rodríguez, P. F., & Rodríguez, A. (2018). Recuperación y Ciudadanía. En R. Francisco & N. Caballero (Eds.), *Salud y bienestar; más allá del arte* (pp. 149–200). Mercurio editorial.

Rodríguez, P. F., Rodríguez, A., & Caballero, N. (2018). Musicoterapia y Salud: Fundamentos neurocientífico y Psicodinámicos. En F. Rodríguez & N. Caballero (Eds.), *Salud y bienestar; más allá del arte*. Mercurio editorial.

Roe D, Kravetz S.(2003) Different ways of being aware of and acknowledging a psychiatric disability. A multifunctional narrative approach to insight into mental disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(7), 417–424.

Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., & Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131(1–3), 133–138.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.05.023>

Rolvjord, R. (2004). Therapy as empowerment: Clinical and political implications of empowerment philosophy in mental health practises of music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(2), 99–111.
<https://doi.org/10.1080/08098130409478107>

Rolvjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Barcelona Publishers.

- Rolvsvjord, R., & Stige, B. (2013). Concepts of context in music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), 44–66. <https://doi.org/10.1080/08098131.2013.861502>
- Rolvsvjord, R., Gold, C., & Stige, B. (2005). Research rigour and therapeutic flexibility: Rationale for a therapy manual developed for a randomised controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14(1), 15–32. <https://doi.org/10.1080/08098130509478122>
- Romero-Naranjo, A. A., Jauset-Berrocal, J. A., Romero-Naranjo, F. J., & Liendo-Cárdenas, A. (2014). Therapeutic Benefits of Body Percussion Using the BAPNE Method. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 152 (Oct. 2014), 1171–1177. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.295>
- Romme, M., & Escher, S. (2005). *Dando sentido a las voces* (Primera Ed). Fundación para la Investigación y el tratamiento de la Esquizofrenia y otros trastornos.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-image (2nd ed.)*. Wesleyan University Press.
- Rossi, A., Amore, M., Galderisi, S., Rocca, P., Bertolino, A., Aguglia, E., Amodeo, G., Bellomo, A., Bucci, P., Buzzanca, A., Carpiniello, B., Comparelli, A., Dell’Osso, L., di Giannantonio, M., Mancini, M., Marchesi, C., Monteleone, P., Montemagni, C., Oldani, L.,... Bracale, N. (2018). The complex relationship between self-reported “personal recovery” and clinical recovery in

- schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 192, 108–112.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.040>
- Ruud, E. (1997). Music and identity. *Nordic Journal of Music Therapy*, 6(1), 3–13.
<https://doi.org/10.1080/08098139709477889>
- Ruud, E. (2000a). *Los caminos de la musicoterapia*. Editorial Bonum.
- Ruud, E. (2000b). Music therapy - history and cultural contexts. *Nordic Journal of Music Therapy*, 9(2), 67–76. <https://doi.org/10.1080/08098130009478003>
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163–188.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v16n45/v16n45a8.pdf>
- Salazar, L. J., Murillo, A.V, & Sierra, M. A. (2007). The concept of neurosis by William Cullen as a scientific revolution. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 12(001), 157–178.
http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_12-1/Rivera_Salazar.pdf
- Salorio, D. B., & Lapaz, A. A. (2000). Organización de la asistencia psiquiátrica. En Salorio, D. B. (Ed), *Tratado de psiquiatria*. (pp. 926-937). Arán Ediciones. [925-938 \(psiquiatria.com\)](https://psiquiatria.com)
- Sánchez, Á.P. (1996). Catarsis en la Poética de Aristóteles. *Anales Del Seminario de Historia de La Filosofía*, 13, 127–147.
<https://revistas.ucm.es/index.php/ashf/article/download/ashf9696120127a/4994>

- Sanchis, N. S., Jiménez, A. M., Quintana, Y. S., Fons, L. A., Arabaolaza, M. M. S., Puchades, J. A., & Brines, J. V. (2002). CEEM de Bétera: un proyecto de rehabilitación. *Informació psicològica*, (79), 57-63. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/511>
- Sarhan, W. (2018). The contribution of arab Islamic civilitation to mental health. *The Arab Journal of Psychiatry*, 28(1), 57–56. <https://doi.org/10.12816/0046444>
- Sarró, S., Dueñas, R. M., Ramírez, N., Arranz, B., Martínez, R., Sánchez, J. M., González, J. M., Saló, L., Miralles, L., & San, L. (2004). Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 68(2–3), 349–356. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00490-5](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00490-5)
- Schatzman, M. (1972). Kingsley Hall: La política de la locura. *Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología*, (22), 53–63. https://opus4.kobv.de/opus4-Fromm/files/19711/Schatzman_M_1972a.pdf
- Schiavone, M. Á. (1995). La medicina en Grecia y Roma. [en línea]. En: Lizárraga, AA., Lemus, JD. (eds.) *Introducción a la salud pública 2*. Buenos Aires: Universidad del Salvador, Facultad de Medicina, 1995. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/7707/1/medicina-grecia-roma-schiavone.pdf>
- Scull, A. (2019). *Locura y civilización: una historia cultural de la demencia, de la Biblia a Freud, de los manicomios a la medicina moderna*. Fondo de Cultura Económica. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=_m7DDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=

[PT5&dq=la+locura+historia&ots=NhRDACucmT&sig=9NuDzedlryHXHv4jrC
0qXZYmXcg#v=onepage&q=la%20locura%20historia&f=false](https://doi.org/10.1080/10503300500268490)

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, *16*(2), 214–228.

<https://doi.org/10.1080/10503300500268490>

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Hacer de la recuperación una realidad*. Servicio Andaluz de salud.

Silverman, M. J. (2003). The influence of music on the symptoms of psychosis: A meta-analysis. *Journal of Music Therapy*, *40*(1), 27–40.

<https://doi.org/10.1093/jmt/40.1.27>

Silverman, M. J. (2006). Psychiatric patients' perception of music therapy and other psychoeducational programming. *Journal of Music Therapy*, *43*(2), 111–122.

<https://doi.org/10.1093/jmt/43.2.111>

Silverman, M. J. (2009). The effect of single-session psychoeducational music therapy on verbalizations and perceptions in psychiatric patients. *Journal of Music Therapy*, *46*(2), 105-131.

<https://doi.org/10.1093/jmt/46.2.105>

Silverman, M. J. (2011). The effect of songwriting on knowledge of coping skills and working alliance in psychiatric patients: A randomized clinical effectiveness study. *Journal of Music Therapy*, *48*(1), 103-22.

<https://doi.org/10.1093/jmt/48.1.103>

- Silverman, M. J. (2013). Effects of music therapy on self- and experienced stigma in patients on an acute care psychiatric unit: A randomized three group effectiveness study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(5), 223-30. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.06.003>
- Silverman, M. J. (2015). *Music therapy in mental health for illness management and recovery*. Oxford University Press.
- Silverman, M. J. (2020). Therapeutic Songwriting for Perceived Stigma and Perceived Social Support in Adults with Substance Use Disorder: A Cluster-Randomized Effectiveness Study. *Substance Use and Misuse*, 55(5), 763–771. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1701037>
- Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1108–1124. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.004>
- Simon, B. (1984). *Razón y locura en la antigua Grecia* (Vol. 64). Ediciones Akal. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2nfA5IO8tmMC&oi=fnd&pg=PA9&dq=enfoque+transcultural+de+la+locura&ots=O49BTeUB7s&sig=8zKqByLDGISKGHFE3FrHt6iFOY0#v=onepage&q&f=false>
- Slade, M. (2009). *Recuperación personal y enfermedad mental: una guía para profesionales de la salud mental*. Prensa de la Universidad de Cambridge.
- Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>

- Smeijsters, H. (2003). Forms of Feeling and Forms of Perception. *Nordic Journal of Music Therapy*, *12*(1), 71–85. <https://doi.org/10.1080/08098130309478075>
- Sneider, W. (1990). The prehistory of psychotherapeutic agents. *Journal of Psychopharmacology*, *4*(3), 115-119.
- Solli, H. P., Rolvsjord, R., & Borg, M. (2013). Toward understanding music therapy as a recovery-oriented practice within mental health care: A meta-synthesis of service users' experiences. *Journal of Music Therapy*, *50*(4), 244–273. <https://doi.org/10.1093/jmt/50.4.244>
- Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1982). Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. TEA ediciones.
- Steenhuis, L. A., Nauta, M. H., Bocking, C. L. H., & Pijnenborg, G. H. M. (2015). Treating depressive symptoms in psychosis: a network meta-analysis on the effects of non-verbal therapies. *PLoS ONE*, *10*(10), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140637>
- Stegemöller, E. L. (2014). Exploring a neuroplasticity model of music therapy. *Journal of Music Therapy*, *51*(3), 211–227. <https://doi.org/10.1093/jmt/thu023>
- Steinbeis, N., & Koelsch, S. (2009). Understanding the intentions behind man-made products elicits neural activity in areas dedicated to mental state attribution. *Cerebral Cortex*, *19*(3), 619–623. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhn110>
- Steinbeis, N., & Koelsch, S. (2009). Understanding the intentions behind man-made products elicits neural activity in areas dedicated to mental state attribution. *Cerebral Cortex* *19*(3), 619–623. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhn110>

- Stige, B. (2006). On a notion of participation in music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 15(2), 121–138. <https://doi.org/10.1080/08098130609478159>
- Stige, B. (2015). The practice turn in music therapy theory. *Music Therapy Perspectives*, 33(1), 3–11. <https://doi.org/10.1093/mtp/miu050>
- Talwar, N., Crawford, M. J., Maratos, A., Nur, U., McDermott, O., & Procter, S. (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 189(5), 405-409. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.015073>
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 1–23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.005>
- Tang, W., Yao, X., & Zheng, Z. (1994). Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one- month randomised controlled trial in Shanghai. *British Journal of Psychiatry*, 164(AUG. SUPPL. 24), 38–44. <https://doi.org/10.1192/s0007125000292969>
- Terán, D. F. (2000). La música recurso terapéutico desde fuera de la musicoterapia. In M. Betés (Ed.), *Fundamentos de musicoterapia* (pp. 174–190). Ediciones Morata S.L.
- Torrent, C., Martínez-Arán, A., Amann, B., Daban, C., Tabarés-Seisdedos, R., González-Pinto, A., Reinares, M., Benabarre, A., Salamero, M., McKenna, P., & Vieta, E. (2007). Cognitive impairment in schizoaffective disorder: A comparison with non-psychotic bipolar and healthy subjects. *Acta Psychiatrica*

Scandinavica, 116(6), 453–460. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01072.x>

Torres-Ruiz, A. (2002). Locura, Esquizofrenia y Sociedad. Reflexiones. *Revista Neurología, Neurociencia y Psiquiatría*, 35(3), 162–168. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Locura+,+esquizofrenia+y+sociedad+.+Reflexiones#1>

Torrey, E.F., & Miller, J. (2001). *La plaga invisible: El surgimiento de la enfermedad mental desde 1750 hasta el presente*. Prensa de la Universidad de Rutgers.

Touriño, R., Acosta, F. J., Giráldez, A., Álvarez, J., González, J. M., Abelleira, C., Benítez, N., Baena, E., Fernández, J. A., & Rodríguez, C. J. (2018). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 46(2), 33–41.

Tseng, P. T., Chen, Y. W., Lin, P. Y., Tu, K. Y., Wang, H. Y., Cheng, Y. S., Chang, Y. C., Chang, C. H., Chung, W., & Wu, C. K. (2016). Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0718-8>

Tuastad, L., Johansen, B., Østerholt, A. L., Nielsen, I., & McIvor, D. S. H. (2022). Being a person who plays in a band rather than being a person with a mental illness playing in a band: A qualitative study of stigma in the context of music therapy in mental health aftercare. *Nordic Journal of Music Therapy*, (May, 2022), 1–19. <https://doi.org/10.1080/08098131.2022.2075437>

- Ulrich, G., Houtmans, T., & Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: A randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 362–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01073.x>
- Unkefer, R. F., & Thaut, M. H. (2005). *Music Therapy in the treatment of adults with Mental Disorders: Theoretical Bases and Clinical Interventions*. Barcelona Publishers.
- Uriarte, J. J., U. & Vallespí, A.C. (2017). Reflexiones en torno al modelo de recuperación. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 241–256. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100014>
- Valle, R. (2020). Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 95–104. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.01.001>
- Van der Gaag, M., Hoffman, T., Remijsen, M., Hijman, R., de Haan, L., van Meijel, B., van Harten, P. N., Valmaggia, L., de Hert, M., Cuipers, A., & Wiersma, D. (2006). The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale II: a ten-fold cross-validation of a revised model. *Schizophrenia Research*, 85(1-3), 280–287. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.03.021>
- Van der Heijden, F. M. M. A., Tuinier, S., Peplinkhuizen, L., van Praag, H. M., & Verhoeven, W. M. A. (2002). Más allá de la corriente dominante: el valor heurístico de la Psicosis Cicloide. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 16(1), 15-26.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000100003

- van Goethem, A., & Sloboda, J. (2011). The functions of music for affect regulation. *Musicae Scientiae*, 15(2), 208–228. <https://doi.org/10.1177/1029864911401174>
- Vaskinn, A., & Horan, W. P. (2020). Social Cognition and Schizophrenia: Unresolved Issues and New Challenges in a Maturing Field of Research. *Schizophrenia Bulletin*, 46(3), 464–470. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa034>
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(2), 157–165. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1976.tb00021.x>
- Vázquez Morejón, A., Jiménez García-Bóveda, R., & Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes De Psicología*, 22(2), 247–255.
- Vázquez, A. F. (2015). Cambio en la noción de la locura. El Hospital de los inocentes de Valencia. *Cultura de Los Cuidados (Edición Digital)*, 41(19). https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46618/1/Cultura-Cuidados_41_13.pdf
- Vázquez, A. F., & Duro, I. A. (2015). *Diferencias y semejanzas en la organización y cuidados del Maristán de Granada y el Hospital de los Inocentes de Valencia*. (Conferencia). III Encuentro Científico Gallego de Enfermería y Fisioterapia, Ourense, España. https://www.researchgate.net/publication/283419600_Diferencias_y_semejanzas_en_la_organizacion_y_cuidados_del_Maristan_de_Granada_y_el_Hospital_de_los_Inocentes_de_Valencia

- Ventosa, F.E. (1997). El enfermo mental en el siglo XV en España. Conceptuación como enfermo distinto y curable: su cuidado. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, (1), 43–48.
<https://doi.org/10.14198/cuid.1997.1.08>
- Volpe, U., Gianoglio, C., Autiero, L., Marino, M. L., Facchini, D., Mucci, A., & Galderisi, S. (2018). Acute Effects of Music Therapy in Subjects With Psychosis During Inpatient Treatment. *Psychiatry*, 81(3), 218–227.
<https://doi.org/10.1080/00332747.2018.1502559>
- Wheeler, B. L. (Ed.). (2015). *Music therapy handbook*. Guilford Publications.
- Wheeler, B.L., & Bruscia, K. (2016). Overview of Music Therapy Research. In B. Wheeler & K. Murphy (Eds.), *Music Therapy Research* (pp. 1–9). Barcelona Publishers.
- Whitaker, R. (2005). Anatomy of an epidemic: Psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7(1), 23–35. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/492831>
- Whitaker, R. (2015). *Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Capitán Swing.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.

- Wigram, T., Pedersen, I. N., y Bonde, L. O. (2005). *Guía completa de musicoterapia: teoría, práctica clínica, investigación y formación*. AgrupArte Producciones.
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y Juego*. Gedisa.
- Yang, W. Y., Li, Z., Weng, Y. Z., Zhang, H. Y., & Ma, B. (1998). Efectos de rehabilitación psicosocial de la musicoterapia en la esquizofrenia crónica. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 8, 38-40.
- Zaki, J., & Ochsner, K. (2009). The Need for a Cognitive Neuroscience of Naturalistic Social Cognition. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1167, 16–30.
<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04601.x>.
- Zarate D.P. & Diaz T.V. (2001). Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. *Revista médica de Chile*. 129(2) 219-223. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-8872001000200015>
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability—A New View of Schizophrenia Joseph. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941703000578>
<https://www.pnas.org/content/early/2017/06/26/1701597114.abstract>
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02737.x>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763416301713>

ANEXOS

Anexo 1. Hoja de Información al usuario para el estudio de musicoterapia grupal



HOJA DE INFORMACIÓN AL USUARIO

Se le ofrece la posibilidad de participar en el estudio de investigación titulado Musicoterapia y recuperación psicosocial, realizado por la Universidad de Valencia, dirigido por la Doctora Inma Fuentes, y aprobado por Comité de Ética de la Universidad de Valencia.

¿Cuál es el objetivo del estudio?

El estudio se dirige a estudiar los beneficios de la musicoterapia en las personas, para ello se realizarán análisis y comparación de varias escalas de evaluación.

¿En qué consiste su participación y qué tipo de pruebas o procedimientos se le realizarán?

- Un profesional cualificado colaborador del centro le pedirá que conteste unas preguntas.
- La participación en el presente estudio no supone ninguna alteración del tratamiento que esté llevando.

¿Cuáles son los riesgos generales de participar en este estudio?

No existe ningún riesgo para usted, ya que se trata de preguntas y respuestas a un cuestionario.

¿Cuáles son los beneficios de la participación en este estudio?

Los resultados de la evaluación se cederán al INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO), para que formen parte de su Historia Clínica y puedan ser de utilidad a los profesionales que le atienden en este centro, y con fines científicos al investigador principal y responsable del estudio.

La participación en este estudio podría proporcionar información relevante para mejorar su estado.

¿Qué pasará si decido no participar en este estudio?

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. En caso de que decida no participar en él, no modificará el trato y seguimiento que usted y su familiar reciban durante su ingreso en el Creap. Asimismo, podrá retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

Confidencialidad:

Todos sus datos personales, resultados de la evaluación, así como toda la información médica relacionada con su enfermedad y los tratamientos que recibe, serán tratados con absoluta confidencialidad. Si los resultados del estudio se publicaran en congresos o revistas científicas, en ningún momento se proporcionarán sus datos personales, ni los de su familiar o tutor.

Tal y como contempla la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999, podrá ejercer su derecho a acceder, rectificar o cancelar sus datos contactando con el investigador principal de este estudio.

CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
C/ Terrateig, 3 · 46015 Valencia · Telf. 963 403 520 · www.creap.es

GESTIÓN TÉCNICA



Anexo 2. Consentimiento informado al usuario para el estudio de musicoterapia grupal



CONSENTIMIENTO INFORMADO AL USUARIO

TÍTULO DEL ESTUDIO: "MUSICOTERAPIA Y RECUPERACIÓN PSICOSOCIAL"

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Yo, _____ he sido informado por _____, como profesional cualificado del centro y colaborador del estudio de investigación arriba mencionado, y declaro que:

- He leído la Hoja de Información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que todos mis datos serán tratados confidencialmente.

Comprendo que puedo retirarme del estudio: Cuando quiera; Sin tener que dar explicaciones; Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Mediante este acto consiento el uso de sus resultados en las pruebas de evaluación para los fines que en la presente hoja se señalan.

Autorizo a que los resultados obtenidos durante el proyecto de investigación sean utilizados con fines científicos en otros proyectos de investigación que tengan por objeto el estudio de mi trastorno.

Sí No

Con esto doy mi conformidad para participar en este estudio,

Firma del paciente:

Firma del responsable colaborador del Proyecto

Fecha:

Fecha:

CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
C/ Terrateig, 3 · 46015 Valencia · Telf. 963 403 320 · www.creap.es

GESTIÓN TÉCNICA



Anexo 3. Plantilla del cuestionario-registro de datos sociodemográficos

Edad:

Género:

Estudios(transformar en años):

Diagnóstico:

Tratamiento farmacológico (transformar en equivalencias Olanzapina):

Anexo 4. Plantilla de la versión en castellano de la Positive and Negative Síndrome scale (PANSS)

RESUMEN DE PUNTUACIONES

| Escala Positiva (PANSS-P) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Delirios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Desorganización Conceptual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Alucinaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Excitación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Grandiosidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Susplicacia/perjuicio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Hostilidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Total PANSS-P | | | | | | | |
| Escala Negativa (PANSS-N) | | | | | | | |
| 1. Embotamiento afectivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Retraimiento emocional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Contacto pobre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Retraimiento social | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Pensamiento abstracto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Fluidez de la conversación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Pensamiento estereotipado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Total PANSS-N | | | | | | | |
| Índice compuesto (Total PANN-P)- (Total PANSS-N) | | | | | | | |
| Psicopatología General (PANSS-PG) | | | | | | | |
| 1. Preocupación somática | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Ansiedad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Sentimientos de culpa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Tensión motora | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Manerismos / posturas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Depresión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Enlentecimiento motor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Falta de colaboración | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Pensamientos inusuales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Desorientación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Atención deficiente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Ausencia de insight | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Trastornos de la volición | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Control deficiente de los impulsos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Ensimismamiento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Evitación social activa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Total PANSS-PG | | | | | | | |

RESULTADOS

| | | | | |
|-------------------------|----------------------|--------|----------------------|-----------|
| SÍNDROME POSITIVO: | <input type="text"/> | PUNTOS | <input type="text"/> | PERCENTIL |
| SÍNDROME NEGATIVO: | <input type="text"/> | PUNTOS | <input type="text"/> | PERCENTIL |
| ÍNDICE COMPUESTO: | <input type="text"/> | PUNTOS | <input type="text"/> | PERCENTIL |
| PSICOPATOLOGÍA GENERAL: | <input type="text"/> | PUNTOS | <input type="text"/> | PERCENTIL |
| SISTEMA RESTRICTIVO: | <input type="text"/> | | | |
| SISTEMA INCLUSIVO: | <input type="text"/> | | | |

Anexo 5. Plantilla de la versión en castellano de la Escala de depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS)

5.6. Escala de Depresión de Calgary (Calgary Depression Scale, CDS)

1

| |
|---|
| <p>1. Depresión ¿Cómo describiría usted su humor durante las 2 últimas semanas: se ha mantenido razonablemente alegre o ha estado muy deprimido o bajo de espíritu recientemente? ¿En las 2 últimas semanas con qué frecuencia ha estado... (propias palabras)? ¿Todos los días? ¿Durante todo el día?</p> <ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Leve. Expresa alguna tristeza o desaliento sobre la pregunta2. Moderado. Claro humor deprimido que persiste menos de la mitad del tiempo durante las 2 últimas semanas; presencia diaria3. Grave. Marcado humor deprimido que persiste diariamente más de la mitad del tiempo, e interfiere con el funcionamiento motor y social normal |
| <p>2. Desesperanza ¿Cómo ve su propio futuro? ¿Puede ver algún futuro, o la vida le parece sin esperanza? ¿Se ha rendido o aún le queda alguna razón para seguir?</p> <ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Leve. Ha sentido alguna vez desesperanza durante la última semana pero aún tiene algún grado de esperanza para el futuro2. Moderado. Sentimiento de desesperanza persistente y moderado durante la última semana. Puede ser persuadido a reconocer la posibilidad de que las cosas vayan mejor3. Grave. Sentimiento de desesperanza persistente y doloroso |
| <p>3. Autodepreciación ¿Cuál es la opinión acerca de sí mismo comparado con las demás personas? ¿Se siente usted mejor, peor o similar a la mayoría? ¿Se siente usted inferior e incluso inútil?</p> <ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Leve. Algún sentimiento de inferioridad pero sin llegar a sentirse inútil2. Moderado. El sujeto se siente inútil, pero menos del 50 % del tiempo3. Grave. El sujeto se siente inútil más del 50 % del tiempo. De otra manera, puede ser cuestionado a reconocerlo |
| <p>4. Ideas culpables de referencia ¿Tiene la sensación de que está siendo culpado de algo o incluso erróneamente acusado? ¿De qué? (No incluir culpas o acusaciones justificadas. Excluir delirios de culpa)</p> <ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Leve. El sujeto se siente culpado, pero no acusado, menos del 50 % del tiempo2. Moderado. Sentimiento persistente de ser culpado y/o sentimientos ocasionales de ser acusado3. Grave. Sentimiento persistente de ser acusado. Cuando se le cuestiona reconoce que no es así |
| <p>5. Culpa patológica ¿Tiende a culparse usted mismo por pequeñas cosas que pudo haber hecho en el pasado? ¿Cree usted que merece estar tan preocupado por ello?</p> <ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Leve. El sujeto a veces se siente excesivamente culpable de algún pequeño error, pero menos del 50 % del tiempo2. Moderado. El sujeto normalmente (más del 50 % del tiempo) siente culpa acerca de hechos pasados cuya significancia exagera3. Grave. El sujeto normalmente cree que es culpable de todo lo que ha ido mal, incluso cuando no es por su culpa |
| <p>6. Depresión matutina Cuando se ha sentido deprimido durante las 2 últimas semanas, ¿ha notado que la depresión empeoraba en algún momento concreto del día?</p> <ol style="list-style-type: none">0. Ausente. No depresión1. Leve. Depresión presente pero sin variaciones diurnas2. Moderado. Se menciona espontáneamente que la depresión es peor por la mañana3. Grave. Depresión marcadamente peor durante la mañana, con funcionamiento dificultado que mejora por la tarde |
| <p>7. Despertar precoz ¿Se despierta más temprano por la mañana de lo que es normal en usted? ¿Cuántas veces a la semana ocurre esto?</p> <ol style="list-style-type: none">0. Ausente. No hay despertar precoz1. Leve. Ocasionalmente (hasta 2 veces a la semana) se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador2. Moderado. A menudo (hasta 5 veces a la semana) se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador3. Grave. Diariamente se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador |

8. Suicidio

¿Ha sentido que la vida no merecía la pena? ¿Alguna vez sintió como si todo terminara? ¿Qué pensó que debería hacer? ¿Realmente lo intentó?

0. Ausente
1. Leve. Frecuentes pensamiento de estar mejor muerto o pensamientos ocasionales de suicidio
2. Moderado. Ha pensado deliberadamente en el suicidio, con un plan, pero no ha hecho ningún intento
3. Grave. Intento de suicidio aparentemente diseñado para acabar en muerte (p. ej., descubrimiento accidental o medios ineficaces)

9. Depresión observada

Basado en las observaciones del entrevistador durante la entrevista completa.

La pregunta «¿Se siente con ganas de llorar?» usada en momentos apropiados de la entrevista puede aportarnos información útil para esta valoración

0. Ausente
1. Leve. El sujeto aparece triste y afligido incluso durante las partes de la entrevista en las que tratan temas afectivamente neutros
2. Moderado. El sujeto aparece triste y afligido a lo largo de toda la entrevista, con una voz triste y monótona, y está lloroso o próximo a llorar por momentos
3. Grave. El sujeto se sofoca con temas dolorosos, con frecuencia suspira profundamente, y llora abiertamente o permanece persistentemente en un estado de completa desdicha

Anexo 6. Plantilla de la versión en castellano de la Escala de Autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

| | A | B | C | D |
|---|---|---|---|---|
| 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. | | | | |
| 2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. | | | | |
| 3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. | | | | |
| 4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a. | | | | |
| 5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a. | | | | |
| 6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a. | | | | |
| 7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a. | | | | |
| 8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo. | | | | |
| 9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil. | | | | |
| 10. A veces creo que no soy buena persona. | | | | |

Anexo 7. Hoja de respuestas para la versión en castellano de la tarea de identificación de emociones (FEIT)

TAREA DE IDENTIFICACIÓN DE EMOCIONES FACIALES

INSTRUCCIONES: A continuación vas a ver una serie de 19 fotografías de personas expresando en su **cara** una **emoción**. Cada persona muestra una de las seis expresiones emocionales siguientes:

alegría, enfado, miedo, tristeza, sorpresa, vergüenza

Por favor mira cada fotografía y selecciona la emoción más adecuada a la expresión facial de cada persona.

No dejes ningún número en blanco, si no estas seguro de tu respuesta, por favor elige la primera emoción que te sugiera la fotografía.

- | | | | | | | |
|------|--------|----------|-----------|--------|-------------|-------------|
| 1.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 2.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 3.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 4.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 5.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 6.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 7.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 8.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 9.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 10.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 11.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 12.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 13.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 14.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 15.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 16.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 17.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 18.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |
| 19.- | alegre | enfadado | con miedo | triste | sorprendido | avergonzado |

Anexo 8. Hoja de respuestas para la versión en castellano de la tarea de discriminación de emociones (FEDT)

TAREA DE DISCRIMINACIÓN DE EMOCIONES FACIALES

INSTRUCCIONES: A continuación vas a ver una serie de fotografías con 30 pares de caras y tu tarea es decidir si las dos personas están mostrando la **MISMA** emoción o **DIFERENTE** en sus caras.

Por favor, indica tu elección rodeando con un círculo la palabra "MISMA" o "DIFERENTE" en la hoja de respuesta.

No dejes números en blanco, si no estas seguro de tu respuesta, por favor elige la primera respuesta que haya pensado.

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. Misma | Diferente | 16. Misma | Diferente |
| 2. Misma | Diferente | 17. Misma | Diferente |
| 3. Misma | Diferente | 18. Misma | Diferente |
| 4. Misma | Diferente | 19. Misma | Diferente |
| 5. Misma | Diferente | 20. Misma | Diferente |
| 6. Misma | Diferente | 21. Misma | Diferente |
| 7. Misma | Diferente | 22. Misma | Diferente |
| 8. Misma | Diferente | 23. Misma | Diferente |
| 9. Misma | Diferente | 24. Misma | Diferente |
| 10. Misma | Diferente | 25. Misma | Diferente |
| 11. Misma | Diferente | 26. Misma | Diferente |
| 12. Misma | Diferente | 27. Misma | Diferente |
| 13. Misma | Diferente | 28. Misma | Diferente |
| 14. Misma | Diferente | 29. Misma | Diferente |
| 15. Misma | Diferente | 30. Misma | Diferente |

Anexo 9. Hoja de respuestas para la versión en castellano de la tarea de reconocimiento de insinuaciones (Hinting task).

Hiting Task (Hoja de respuestas) Participante_____

| | | Respuesta 1 | Respuesta 2 |
|-----------|---|-------------|-------------|
| 1 | El largo vinje: Jorge está cansado y no quiere hablar inmediatamente de negocios O quiere Algo para beber- | | |
| 2 | El baño sucio Por favor podrías limpiar el baño O Por qué no limpias el baño? | | |
| 3 | Las galletas Podrías comprar galletas O quiero Galletas. | | |
| 4 | Camisa arrugada Podrías plancharme la camisa por Favor? | | |
| 5 | Sin dinero Podrías prestarme dinero? O podrías Invitarme a salir esta noche? | | |
| 6 | Proyecto de trabajo Me podrías dar el proyecto? O me Gustaría hacer ese proyecto | | |
| 7 | Regalo de cumpleaños Me podrías comprar un cachorro por mi Cumpleaños O quiero un cachorro por mi Cumpleaños. | | |
| 8 | Cristalería Podrías colocar la estantería? | | |
| 9 | Juego de trenes Podemos cambiar los trenes? O quiero el Tren rojo | | |
| 10 | Maleta pesada Puedes ayudarme con la maleta? | | |

Anexo 10. Plantilla de la versión en castellano de escala de autoestigma de la enfermedad (ISMI)

En este cuestionario se utiliza de forma repetida la palabra “enfermedad mental”, por favor, piense cómo aplicar esta palabra a su caso. Para cada afirmación marque si está 1. muy en desacuerdo, 2. en desacuerdo, 3. de acuerdo, 4. muy de acuerdo.

| | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|---|----------------------|------------------|---------------|-------------------|
| 1. Me siento fuera de lugar porque tengo una enfermedad mental | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Tener una enfermedad mental ha destrozado mi vida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Siento que las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Me da vergüenza tener una enfermedad mental | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Me siento culpable por tener una enfermedad mental | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Respondo a la imagen o estereotipo que se tiene de las personas con enfermedad mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Por mi apariencia la gente puede decir que tengo una enfermedad mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. La mayoría de la veces, otras personas deben decidir por mí a consecuencia de mi enfermedad mental | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida satisfactoria y gratificante | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. No puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Algunas personas piensan que no puedo conseguir mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. La gente me ignora o me toma menos en serio porque tengo una enfermedad mental | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. A menudo la gente me trata con condescendencia o me tratan como a un niño/a, porque tengo una enfermedad mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Nadie se interesaría en acercarse a mí porque tengo una enfermedad mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. No hablo mucho sobre mí porque no quiero cansar a los demás con mi enfermedad mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. No me relaciono con otras personas tanto como solía porque podría comportarme de forma extraña a causa de mi enfermedad mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Los estereotipos o creencias negativas sobre las enfermedades mentales me aíslan del mundo "normal." | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. No me relaciono con otras personas para no avergonzar a mi familia y mis amistades. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Cuando estoy con personas sin enfermedad mental siento que no estoy a la altura o que estoy fuera del lugar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Evito acercarme con personas sin enfermedad mental para evitar el rechazo. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|
| 25. No me importa e incluso me apetece que la gente sepa que tengo enfermedad mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. En general, soy capaz de vivir mi vida como quiero. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Puedo tener una vida satisfactoria y plena, a pesar de mi enfermedad mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Vivir con una enfermedad mental me ha convertido en un/a superviviente nato. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Anexo 11. Plantilla de la versión en castellano escala de Funcionamiento Social (SFS)

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL (SFS)
(BIRCHWOOD ET AL., 1990)

NOMBRE.....FECHA.....

RESUMEN DE PUNTUACIONES

| AREAS | Puntuaciones transformadas |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <i>Retiro / implicación social</i> | _____ |
| <i>Funcionamiento interpersonal</i> | _____ |
| <i>Actividades prosociales</i> | _____ |
| <i>Ocio</i> | _____ |
| <i>Autonomía / Competencia</i> | _____ |
| <i>Autonomía / Desempeño</i> | _____ |
| <i>Empleo</i> | _____ |
| PUNTUACIÓN TOTAL (MEDIA) | _____ |

PRIMERA SECCION: AISLAMIENTO

Primera parte

1. ¿A qué hora se levanta a diario?

Promedio días laborales

Promedio fin de semana (si es diferente)

3: <9 am
2: 9 am a 11 am
1: 11 am a 1 pm
0: >1 pm

2. ¿Cuántas horas al día pasa solo/a?

(Ej. .solo/a en su habitación, paseando solo/a, escuchando radio o viendo televisión solo/a, etc.)

Cuente el número de horas que pasa en soledad por termino medio al día y señale una de las siguientes opciones:

Horas pasadas solo/a

- 0 - 3 Muy poco tiempo
- 3 - 6 Algo de tiempo
- 6 - 9 Bastante tiempo
- 9 - 12 Una gran parte de tiempo
- 12 - Prácticamente todo el tiempo

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 3 |
| <input type="checkbox"/> | 2 |
| <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 0 |

3. ¿Con qué frecuencia comienza el/ella una conversación en casa?

| | | | |
|------------|-----------|---------|----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Casi nunca | Raramente | A veces | A menudo |

4. ¿Con qué frecuencia sale de casa el/ella (por algún motivo)?

| | | | |
|------------|-----------|---------|----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Casi nunca | Raramente | A veces | A menudo |

5. ¿Cómo reacciona el/ella ante la presencia de personas extrañas?

| | | | |
|-------------|-----------------------|--------------|----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Evitándolas | Poniéndose nervioso/a | Aceptándolas | Le gusta |

FUNCIONAMIENTO INTERPERSONAL

Segunda parte

1. ¿Cuántos amigos/as tiene en la actualidad?
(Personas que ve regularmente, con quien comparte actividades, etc...)

Numero de amigos/as

2. ¿Tiene alguien con quien comentar sus problemas y sentimientos?

3 = SI / 0 =NO

3. ¿Con que frecuencia ha confiado en ellos/as?

| | | | |
|------------|-----------|---------|----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Casi nunca | Raramente | A veces | A menudo |

4. ¿Discute otra gente sus problemas con él/ella?

| | | | |
|------------|-----------|---------|----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Casi nunca | Raramente | A veces | A menudo |

5. ¿Tiene novio/a? (si no está casado/a) (si esta casado/a = 3)

3 = SI / 0 =NO

6. ¿Ha tenido alguna discusión o pelea con sus amigos/as, familiares o vecinos/as recientemente?

| | | | |
|---------|---------------|-------------------------------|----------------|
| 3 | 2 | 2 | 0 |
| Ninguna | 1 o 2 Menores | Continuas menores o una mayor | Muchas Mayores |

7. ¿Con qué frecuencia es usted capaz de mantener una conversación sensata o racional con él/ella?

| | | | |
|------------|-----------|---------|----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Casi nunca | Raramente | A veces | A menudo |

8. ¿Cómo de fácil o de difícil encuentra el/ella hablar con la gente en la actualidad?

| | | | | |
|-----------|----------------|---------|------------------|-------------|
| 3 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| Muy fácil | Bastante fácil | Regular | Bastante difícil | Muy difícil |

9. ¿Se siente incómodo/a estando entre un grupo de gente?

| | | | |
|------------|-----------|---------|----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Casi nunca | Raramente | A veces | A menudo |

10. ¿Prefiere estar acompañado/a?

| | | | |
|----------|---------|-----------|------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| A menudo | A veces | Raramente | Casi nunca |

ACTIVIDADES PROSOCIALES

Tercera parte

Seleccione la columna que mejor indique **la frecuencia** con la que ha participado en alguna de las siguientes actividades en los **tres últimos meses**.

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|-------|-----------|---------|----------|
| | Nunca | Raramente | A veces | A menudo |
| Cine | | | | |
| Teatro/ conciertos, etc. | | | | |
| Ver deporte de cancha cubierta (Baloncesto, fútbol sala...) | | | | |
| Ver deportes de campo (fútbol, bolos...) | | | | |
| Galerías de arte/ museos | | | | |
| Exhibiciones | | | | |
| Visitar sitios de interés | | | | |
| Reuniones, tertulias..... | | | | |
| Clases nocturnas | | | | |
| Visitar familiares en sus casas | | | | |
| Ser visitado/a por familiares | | | | |
| Visitar amigos/as | | | | |
| Ser visitado/a por amigos/as | | | | |

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|----------------------------|-------|-----------|---------|----------|
| | Nunca | Raramente | A veces | A menudo |
| Fiestas | | | | |
| Acontecimientos formales | | | | |
| Discoteca | | | | |
| Club nocturno, club social | | | | |
| Practicar un deporte | | | | |
| Club / sociedad | | | | |
| Pubs, disco bares | | | | |
| Comer fuera | | | | |
| Actividades religiosas | | | | |

| | 1 | 2 | 3 |
|-------------------------|-----------|---------|----------|
| | Raramente | A veces | A menudo |
| ¿Alguna otra actividad? | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |

SEGUNDA SECCIÓN: ACTIVIDADES DE OCIO

Por favor seleccione la columna adecuada para indicar con que **frecuencia** el/ella ha hecho alguna de las siguientes actividades en los **tres últimos meses**.

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|-------|-----------|---------|----------|
| | Nunca | Raramente | A veces | A menudo |
| Tocar instrumentos musicales | | | | |
| Costura, tejer. | | | | |
| Jardinería | | | | |
| Lectura | | | | |
| Ver televisión | | | | |
| Escuchar música o radio | | | | |
| Cocinar | | | | |
| Juegos de mesa (cartas, parchís...) | | | | |
| Reparar cosas (coche, bicicleta, reparaciones caseras) | | | | |
| Pasear, excursiones | | | | |
| Hobby (Ej., coleccionar cosas) | | | | |
| Nadar | | | | |
| Ir de tiendas | | | | |
| Actividades artísticas (pintura...) | | | | |

| | 1 | 2 | 3 |
|-------------------------|-----------|---------|----------|
| | Raramente | A veces | A menudo |
| ¿Algún otro pasatiempo? | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |

TERCERA SECCIÓN: INDEPENDENCIA (C)

Por favor ponga una cruz en cada ítem para indicar **la habilidad** que tiene su familiar al utilizar los siguientes recursos:

| | 3 | 2 | 1 | 0 |
|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| | Adecuadamente (sin ayuda) | Necesita ayuda (o estímulo) | Incapaz (o con mucho ayuda) | No sabe |
| Transporte público | | | | |
| Manejar dinero | | | | |
| Presupuestar algo | | | | |
| Cocinar para si mismo/a | | | | |
| Hacer compras semanales | | | | |
| Buscar empleo | | | | |
| Lavar su propia ropa | | | | |
| Higiene personal | | | | |
| Lavar, limpiar, etc. | | | | |
| Comprar en tiendas | | | | |
| Salir solo/a de casa | | | | |
| Elegir y comprar su ropa | | | | |
| Cuidar su apariencia personal | | | | |

INDEPENDENCIA (D)

Por favor señale en la columna correspondiente para indicar la **frecuencia** con la que su familiar ha realizado las siguientes cosas en los **últimos tres meses**.

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|-------|-----------|---------|----------|
| | Nunca | Raramente | A veces | A menudo |
| Comprando solo/a artículos en tiendas (sin ayuda) | | | | |
| Limpia y fregar los platos | | | | |
| Lavar su propia ropa | | | | |
| Buscar un empleo (si esta en paro) | | | | |
| Comprar comida en la tienda | | | | |
| Cocinar | | | | |
| Usar autobuses, trenes,... | | | | |
| Salir solo/a de casa | | | | |
| Usar dinero | | | | |
| Hacer presupuestos | | | | |
| Elegir y comprar su ropa | | | | |
| Cuidar su apariencia personal | | | | |

CUARTA SECCIÓN: EMPLEO

1. ¿Tiene el/ella empleo regular (incluyendo empleo protegido o cursos de rehabilitación o de reentrenamiento)?

Sí / No

- Si tiene empleo: ¿Qué clase de trabajo? _____

¿Cuántas horas trabaja cada semana? _____

¿Cuánto hace que tiene ese trabajo? _____

- Si no tiene empleo: ¿Cuándo fue la última vez que trabajó? _____

¿Qué clase de trabajo era? _____

¿Cuántas horas por semana? _____

2. Si no trabaja

¿Tiene certificado de incapacidad? SI / NO

¿Asiste a un hospital de día como paciente? SI / NO

¿Piensa usted que es capaz de realizar alguna clase de trabajo?

Sí, sin duda / Difícilmente podría / No, sin duda

¿Con que frecuencia intenta buscar empleo (ir al INEM, en la prensa, etc.)?

Casi nunca / Raramente / A veces / A menudo

3. Si no trabaja:

¿Cómo emplea habitualmente su tiempo?

Por la mañana: _____

Por la tarde: _____

Por la noche: _____

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

| | | Muy mala | Regular | Normal | Bastante buena | Muy buena |
|---|---------------------------------------|----------|---------|--------|----------------|-----------|
| 1 | ¿Cómo calificaría su calidad de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muy insatisfecho/a | Un poco insatisfecho/a | Lo normal | Bastante satisfecho/a | Muy satisfecho/a |
|---|--|--------------------|------------------------|-----------|-----------------------|------------------|
| 2 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

| | | Nada | Un poco | Lo normal | Bastante | Extremadamente |
|---|---|------|---------|-----------|----------|----------------|
| 3 | ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | ¿Cuánto disfruta de la vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | ¿Cuál es su capacidad de concentración? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

| | | Nada | Un poco | Lo normal | Bastante | Totalmente |
|----|---|------|---------|-----------|----------|------------|
| 10 | ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

| | | Muy insatisfecho/a | Poco | Lo normal | Bastante satisfecho/a | Muy satisfecho/a |
|----|--|--------------------|------|-----------|-----------------------|------------------|
| 16 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

| | | Nunca | Raramente | Moderadamente | Frecuentemente | Siempre |
|----|---|-------|-----------|---------------|----------------|---------|
| 26 | ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

Anexo 13. Entrevista musicoterapéutica adaptada del Registro de musicoterapia (Benenzon et al., 2008)

FICHA MUSICOTERAPEUTICA

Fecha:

Expediente:

Entrevistador:

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Fecha de Nacimiento (Edad):

Ocupación (Presente-Pasada):

Origen del Padre:

Origen de la Madre:

Origen del Usuario:

EXPERIENCIA-AFICIÓN MUSICAL FAMILIAR

DATOS SONOROS MUSICALES

INFLUENCIA SONORO MUSICAL EN LAS DIFERENTES ETAPAS

EVOLUTIVAS

*Primeros recuerdos. Ambiente sonoro-musical: gestación, primeros meses de vida, canción de cuna, como te dormías, edad de inicio del habla, sonoridades particulares.

*Infancia

Música Preferida:

Música Rechazada:

Instrumentos Preferidos:

Instrumentos rechazados:

Sonoridades gratificantes

Sonoridades displacenteras:

Otros aspectos a destacar:

*Adolescencia

Música Preferida:

Música Rechazada:

Instrumentos Preferidos:

Instrumentos rechazados:

Sonoridades gratificantes:

Sonoridades displacenteras:

*Actualidad

Ambiente sonoro en el Hogar:

Utilización de la música:

Sonidos y Música que prefiere:

Sonidos y Música que rechaza:

Particularidades ante la ausencia de sonido o el silencio

Una canción que cantaría (conoce la letra, por gusto, por recuerdo de un momento vital clave, etc...):

Un Tema musical que compartiría su escucha con los demás (por gusto, porque le evoca situaciones gratificantes, porque le da fuerza, etc...):

DATOS SENSORIALES

Olfativos (Aromas de la naturaleza, perfumes, etc.)

Placenteros

Displacenteros

Táctiles (Sensaciones táctiles, objetos, etc...)

Placenteros

Displacenteros

Gustativos (preferencia por dulce-salado-amargo, alimentos)

Placenteros

Displacenteros

Visuales (color, preferencias lumínicas, etc...)

Preferencias

Rechazo

Si tuviera que escoger un elemento de la naturaleza seria: Madera, Metal, Aire, Agua,
Viento, Fuego.

