



Universidad Internacional de La Rioja
Máster Universitario en Musicoterapia

**Musicoterapia y comunicación en adultos
hospitalizados con Trastorno afectivo Bipolar.**

Una propuesta de intervención

**Trabajo fin de
máster presen-
tado por:**

Maria Dolors Vilaseca Vilaseca

Director/a:

José Alberto Sotelo Martín

Stavanger

22 de junio de 2018

Firmado por: Maria Dolors Vilaseca

Resumen

Este trabajo es una propuesta de intervención musicoterapéutica hospitalaria en pacientes adultos psiquiátricos con trastorno afectivo bipolar tipo 1. En base a literatura científica y experiencia personal se ha valorado el efecto positivo de las sesiones de musicoterapia sobre el desequilibrio en la comunicación tanto por exceso como por defecto que sufre esta población. Se trata de un plan de intervención único y global donde las actividades propuestas son aplicables tanto en episodio maníaco como depresivo. Como novedad incorporamos el uso del género rap como punto de partida para canalizar la verborrea que caracteriza a las personas con TB en fase maníaca.

La metodología usada para mejorar la comunicación es musicoterapia activa, concretamente el método multimodal en psiquiatría a través de audición, canto y tocar instrumentos. En este marco, la improvisación y la potenciación de la creatividad han jugado un papel central a través de la percusión corporal, el diálogo musical y el song writing. En improvisación se ha utilizado el método Nordoff-Robbins y en el dialogo musical el sistema Orff-Schulwerk de pregunta-respuesta.

Los resultados obtenidos han estado sujetos a variables dentro de la situación personal de los participantes tales como la gravedad de los síntomas, la hospitalización voluntaria, la toma de medicación, la asistencia a las sesiones y la duración del ingreso. A pesar de esto se han obtenido resultados positivos con un alto porcentaje de respuestas a la comunicación en todas las actividades propuestas y con un mínimo de sesiones. La colaboración del personal sanitario ha sido importante en la observación de los resultados.

Se concluyó que las intervenciones en musicoterapia tienen beneficios sobre los síntomas de los pacientes tanto de los que toman medicación como los que no, con un documentado efecto positivo sobre la comunicación, la mejora del sueño y el estado de ánimo. La musicoterapia es compatible con otras terapias y es una opción sólida como tratamiento complementario en ingreso hospitalario.

Palabras clave: Trastorno afectivo bipolar. TB. Musicoterapia hospitalaria. Fase maníaca. Fase depresiva. Comunicación.

Abstract

The use of music therapy as a complementary treatment on psychiatric patients with bipolar disorder I during hospitalization has benefits on several symptoms . The goal of our proposal is to treat lack and excess of communication on this population through musical activities. This is a global and unique plan, applicable both in manic and depressive episode.

The general methodology used was the multimodal therapy in psychiatrics using: live auditions, singing and playing instruments. Nordoff-Robbins' improvisation, body tap, Orff Schulberg's musical dialog and song writing was used to improve communication. We introduced the rap music style to channel pressured speech on maniac patients.

The results showed a high response to communication in few sessions and positive effects on the patient regardless of severe symptoms, time of hospitalization, taking or not medicines . The collaboration of health workers has been important to observe the final results.

In conclusion, music therapy has a positive effect on patients with BD and their symptoms, improving communication and wellness . Music therapy shows as a solid option in treatment during hospitalization.

Keywords: Bipolar disorder. BD. Music therapy. Communication. Maniac episode. Depressive episode.

Índice

1.	Introducción.....	6
	1.1. Justificación.....	6
	1.2. Motivación.....	6
	1.3. Problema.....	7
	1.4. Objetivos.....	7
2.	Marco teórico.....	8
	2.1. Definiciones. Que es el trastorno afectivo bipolar?	
	2.1.1. Episodio maníaco.....	8
	2.1.2. Episodio Hipomaníaco.....	9
	2.1.3. Episodio depresivo mayor.....	9
	2.1.4. Comorbilidad.....	10
	2.2. Estado de la cuestión.....	10
	2.2.1. Hospitalización.....	10
	2.2.2. Tiempo de ingreso.....	11
	2.2.3. Objeto de estudio.....	11
	2.3. Revisión de fuentes bibliográficas.....	12
3.	Metodología:	
	3.1. Plan de intervención. Objetivos.....	15
	3.2. Hipótesis.....	16
	3.3. Diseño.....	16
	3.4. Población.....	17
	3.5. Variables medidas e instrumentos aplicados.....	17
	3.6. Encuadre de las sesiones. Aula y material.....	21
	3.7. Temporización de las sesiones.....	22
	3.8. Propuesta de actividades.....	22
	3.9. Procedimiento.....	23
	3.10. Plan de análisis de datos.....	27
4.	Resultados.....	30
	4.1. Datos cuantitativos.....	31
	4.2. Datos cualitativos.....	34

5.	Discusión	36
6.	Conclusiones	39
7.	Limitaciones	41
8.	Prospectiva	42
9.	Referencias bibliográficas	42
10.	Índice de tablas:	
	- Tabla 1: Tabla de variables y instrumentos aplicados.....	17
	- Tabla 2: Escala de autovaloración sobre el estado de ánimo.....	19
	- Tabla 3: Ficha de registro.....	19
	- Tabla 4: Hoja de observación.....	20
	- Tabla 5: Propuesta de actividades.....	22
	- Tabla 6: Efecto de las sesiones sobre el estado de ánimo.....	34
	- Gráfico 1: Resultados de una sesión individual.....	32
	- Gráfico 2: Resultado general de 8 sesiones.....	33
	- Gráfico 3: Resultado global.....	33

1. Introducción

1.1. Justificación.

Los cuadros agudos de enfermedades psiquiátricas requieren hospitalización. A veces la persona afectada acude a urgencias por propia voluntad para recibir ayuda médica, pero en gran número de veces son las personas más próximas al enfermo quien detecta que necesitan ayuda profesional. La comunicación por exceso o por defecto nos puede dar información estado de la paciente con trastorno bipolar. Es por tanto un ítem importantísimo para el personal sanitario ya que puede generar una reflexión sobre como se comunica con los pacientes que tienen desequilibrada esta función y como se gestiona el intercambio de información y la comprensión de las necesidades de los usuarios en ingreso hospitalario. ¿Qué papel puede jugar la musicoterapia en la mejora de la comunicación? Una comunicación óptima garantiza la expresión de los conflictos, mejora la sociabilización y es un punto de partida para trabajar otros problemas ligados a este diagnóstico.

1.2. Motivación.

Trabajo como auxiliar de enfermería a tiempo parcial en un hospital psiquiátrico, en una sección especializada en trastorno bipolar y esquizofrenia, aunque esta área recibe también pacientes psiquiátricos con diagnósticos diversos. El hospital cuenta con un aula de música, pero no de musicoterapeuta. Los pacientes que lo deseen pueden utilizarla acompañados de personal sanitario. Las actividades musicales no están dirigidas.

Hemos acompañado a muchos de estos pacientes en el aula de música. Los hemos escuchado, hemos cantado con ellos, hemos tocado instrumentos con y para ellos y hemos improvisado juntos. Hemos podido observar como la música les afecta en periodo de hospitalización.

Existe bastante literatura sobre musicoterapia y depresión, pero pocos artículos científicos sobre musicoterapia y fase depresiva en trastorno bipolar y no hemos encontrado casi nada, por no decir nada en fase maníaca. Esta ausencia de intervención investigativa sobre pacientes con manía ha sido un elemento motivador. Es posible que el efecto estimulante de la música se haya desaconsejado a menudo sobre este colectivo ya que lo último que necesitan son estímulos extras. En efecto, esto puede ocurrir siempre que las actividades musicales no sean guiadas y el paciente toque libremente. Pero la música puede utilizarse de muchas maneras y es sin duda beneficiosa cuando se aplica con unos objetivos concretos.

La motivación principal es crear un plan de intervención musicoterapéutica global para esta población que puede aplicarse tanto en episodio maníaco como depresivo. El fin es mejorar la comunicación, ya que es el instrumento de interacción entre paciente y personal sanitario, así como para promover el bienestar y la sociabilización.

1.3. Problema.

En nuestro caminar terapéutico, encontramos que los pacientes con trastorno bipolar del tipo 1 mantienen un desequilibrio en la comunicación con otras personas, incluido el personal de asistencia. Este desequilibrio se manifiesta por exceso en fase maníaca y por defecto en fase depresiva.

Durante la fase maníaca el universo del enfermo es muy caótico y se refleja con verborrea y fuga de ideas que es muy difícil de seguir. Es especialmente exhausto para el personal sanitario ser la persona de contacto de un paciente en fase maníaca. Este estudio de intervención propone mermar la verborrea de estos pacientes a través de la musicoterapia, lo que sería beneficioso para ellos y las personas de su alrededor. La musicoterapia podría contribuir en este aspecto y al mismo tiempo establecer una cierta estructura en el universo caótico de la manía.

En el lado opuesto de la balanza cuando la fase es depresiva se encierran en sí mismos y no es fácil comunicar ni tan siquiera con la mirada o el lenguaje corporal. La actividad musical les devuelve el brillo en la mirada y hasta la sonrisa.

El problema de investigación que se plantea es como las sesiones de musicoterapia mediante actividades musicales guiadas de audición y improvisación pueden ayudar a estructurar mental y emocionalmente a esta población, creando un canal de comunicación para expresar y reconducir su desequilibrio interno.

1.4. Objetivos.

El objetivo general de este plan de intervención es estabilizar el desequilibrio comunicativo que sufren las personas con Trastorno bipolar mediante actividades musicales de audición y improvisación.

Como objetivos específicos nos centraremos en:

- La mejora de la atención y la escucha.
- La gestión y el equilibrio de la expresividad a través de un plan de intervención.

2.Marco teórico

2.1. ¿Que és elTrastorno afectivo bipolar? Definiciones.

La enciclopedia médica Medlineplus (2017) define al trastorno afectivo bipolar como una enfermedad mental severa. Las personas diagnosticadas con TB sufren cambios de ánimo poco comunes y extremos pasando de estados de actividad y alegría a estados de tristeza y desesperanza. A la fase de euforia se le llama manía y a la de tristeza depresión.

Se dividen en Trastorno bipolar I y II dependiendo de la intensidad de los síntomas. Según el DSM 5 (2013) el trastorno bipolar del tipo I equivale a la versión actualizada del termino maníaco depresivo utilizado en el siglo XIX. Para diagnosticar TB 1 es necesario que la fase maníaca esté precedida por hipomanía o un episodio depresivo mayor. Su descripción viene expuesta en el punto 1.2.

El trastorno bipolar del tipo II, requiere al menos un episodio de depresión mayor y al menos un episodio de hipomanía. Durante mucho tiempo se creía que era una condición mas suave del TB, pero no lo és debido a que afecta el funcionamiento social y laboral de quien lo padece.

Alrededor de un 2% de la población es diagnosticada con TB. Herheim y Langholm (2006) exponen en su libro que se trata de una enfermedad genética en un alto por ciento. Puede detectarse o debutar en la infancia, los síntomas se manifiestan más intensamente entre las edades de 13 y 30 años y se suavizan posteriormente. Cuando se manifiestan en la adolescencia se confunden a menudo con un trastorno de la conducta. La media de edad para empezar tratamiento farmacológico es a los 20 años.

En este estudio nos centraremos en el TB tipo I ya que es la población que necesita hospitalización. La propuesta es aplicable a población del tipo II que están voluntariamente ingresados o que acudan al centro como pacientes de día.

2.1.1. Episodio maníaco.

El DSM 5 (2013) lo describe como a un periodo de tiempo, como mínimo una semana, en el cual la persona presenta un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, con agitación, irritabilidad y aumento de la actividad y la energía.

Para diagnosticar TB se han de dar 3 o mas de los síntomas enumerados a continuación:

- a) Exagerada autoestima, grandiosidad
- b) Disminución de la necesidad de dormir.
- c) Lenguaje verborreico, necesidad de hablar todo el tiempo.
- d) Fuga de ideas, saltan de un tema a otro, sin conexión.
- e) Distracción hacia estímulos externos irrelevantes.
- f) Muy enfocados hacia un objetivo, social, laboral, de estudio, o sexual. Agitación psicomotriz.
- g) Se involucran en actividades con riesgo de consecuencias nefastas, por ejemplo comprar compulsivamente o invertir en negocios insostenibles.

El estado de ánimo se vé alterado de tal manera que causa un desequilibrio en el funcionamiento social y laboral del individuo, necesitando a menudo hospitalización para prevenir que se haga daño a sí mismo o a los demás. Puede desencadenar actitudes psicóticas.

El episodio no es atribuible a efectos de medicamentos o otras sustancias y es requerible por lo menos que pase una vez en la vida para que el se diagnostique este tipo de trastorno.

2.1.2. Episodio Hipomaníaco

Muestra los mismos síntomas que el episodio maníaco, son observables por otros pero son más suaves, de manera que no afectan el funcionamiento social y laboral de quien lo padece. No necesita normalmente hospitalización.

2.1.3. Episodio Depresivo Mayor

En base al DSM 5 (2013) se han de presentar 5 o más síntomas de los que se enumeran a continuación durante un periodo de dos semanas representado un cambio en el comportamiento previo del paciente. Al menos uno de los síntomas ha de ser o un estado depresivo o una pérdida de interés y de placer. Los síntomas son:

- a) Depresión anímica, expresado por la persona afectada (se siente triste, vacío sin esperanza) u observado por otros, por ejemplo llanto o irritabilidad.
- b) Perdida de interés por actividades placenteras.
- c) Perdida de peso y/o apetito. También puede ser ganancia de peso y apetito.
- d) Dormir la mayor parte del día o bien no poder dormir.
- e) Apatía o ralentización psicomotora.

- f) Cansancio y falta de vitalidad.
- g) Autopercepción de culpabilidad y/o de infravaloración observable por otros.
- h) Dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones.
- i) Pensar a menudo en la muerte y/ o el suicidio con o sin plan de llevarlo a cabo.

Estos síntomas causan desequilibrio y inhabilidad en el funcionamiento social y laboral del paciente. El episodio no ha de ser atribuible a efectos causados por medicamentos o otras sustancias.

2.1.4. Comorbilidad

Es frecuente la coexistencia de otros trastornos mentales asociados. Según el DMS5 (2013) el trastorno de la ansiedad afecta a un 75% de los individuos diagnosticados con trastorno bipolar, ADHD al 50% de los individuos y problemas con el alcohol y las drogas. Mas de la mitad de individuos con síntomas de bipolaridad tienen además problemas de dependencia con el alcohol. Esto supone un mayor riesgo de intentos de suicidio.

2.2. Estado de la cuestión.

2.2.1. Hospitalización.

El centro donde se ha desarrollado esta propuesta es un hospital del sur de Noruega. La sección psiquiátrica de este hospital cuenta con área de ingreso y 7 plantas especificadas en diferentes poblaciones y patologías. La planta en la que nos hemos centrado es la de “Afective lidelser” o Trastornos afectivos y psicosis, con capacidad de ingreso para 18 pacientes.

Existen dos tipos de hospitalización en psiquiatría:

- a) **Voluntaria:** la persona accede voluntariamente al ingreso y se compromete a aceptar ayuda en forma de tratamiento, terapia y medicamentos.
- b) **Involuntaria:** Si la persona se niega a ingresar cuando su estado mental supone un peligro para si misma y para otros, será el psiquiatra quien tiene potestad para hacerlo. Se informará al juzgado en las siguientes horas que un paciente es ingresado contra su voluntad pudiendo éste quejarse jurídicamente.

2.2.2. Tiempo de ingreso

La persona ingresa en la unidad hospitalaria cuando sufre síntomas agudos que necesitan ser estabilizados. El tiempo de ingreso varía según el paciente siga las pautas del tratamiento y sobre todo si toma los medicamentos prescritos. Hay pacientes que niegan a tomar medicinas, entonces el tiempo de ingreso se prolonga. Concretamente en la unidad en que centraremos el estudio, los pacientes que toman medicinas están ingresados una media de 3 a 4 semanas. En caso de negarse a tomarlas el tiempo de ingreso puede ser de 4 a 6 meses y dependiendo del caso, incluso más.

2.2.3. Objeto de estudio

Tanto el tipo de hospitalización como el tiempo de ingreso son dos factores que pueden afectar el ánimo y la conducta del paciente. A menudo los pacientes ingresados contra su voluntad no son conscientes de la severidad de su enfermedad y creen que no necesitan ayuda. Además de los síntomas propios del TB se une una actitud no-colaborativa e incluso agresiva. Los casos más severos están en una zona restringida, sin estímulos externos. No tienen acceso a periódicos ni televisión ni noticias por internet. Una habitación con una cama, un armario y un baño. Se eliminan los estímulos externos y se enfrentan a ellos mismos y su universo caótico de ideas. Si el episodio es muy agudo, no tienen ni acceso a sus propias pertenencias si no es preguntando a su persona de contacto, que está pendiente de ellos en cada guardia. Solo pueden salir de esta zona acompañados del personal sanitario. Muchos de los pacientes tienen la sensación de estar en prisión.

El objeto de estudio es ver como las intervenciones en musicoterapia pueden mejorar la comunicación y reducir los síntomas de TB en fase maníaca, básicamente verborrea, falta de sueño, fuga de ideas y relajación psicomotora, así como en fase depresiva, en este caso para aumentar la comunicación verbal y gestual, la activación corporal y la expresión de emociones.

Mediante las sesiones se intentará de entrada ofrecer una forma de terapia no medicamentosa, que dé aliciente a un día a día muy estructurado donde “no pasa nada”. Se ofrece un espacio donde interactuar y comunicar diferentemente dando posibilidad a abrirse hacia la comprensión de uno mismo y en relación con los demás.

La propuesta es importante porque puede beneficiar todas las partes: el estado anímico y sintomático del paciente, la paciencia del personal sanitario, la reducción del uso de medicamentos y tal vez reducir tiempo de ingreso. Es especialmente

indicado para los enfermos que se niegan a la ayuda farmacológica. Las intervenciones musicoterapéuticas son una forma de terapia no invasiva, motivadora, sin efectos secundarios y que puede reducir el estrés que conlleva estar ingresado involuntariamente.

La metodología que se ha empleado es musicoterapia activa focalizada en la mejora de la comunicación: concretamente el método multimodal en psiquiatría con canto, audición y tocar instrumentos según los síntomas que presente el paciente. Al ser una propuesta centrada en la comunicación, la interacción aparece desde la canción de bienvenida, haciendo partipar al paciente con respuestas verbales y cantadas. Continuamos trabajando la comunicación con percusión corporal o body tap. El objetivo de esta actividad es que el paciente tome consciencia de su propio cuerpo, para activarlo rítmicamente y para entablar un diálogo sonoro. En fase más avanzada, se ha utilizado el diálogo musical con instrumentos Orff- schulwerk y improvisación basada en el método Nordoff-Robbins.

Una de las características de esta población es la creatividad, es por eso que el “song writting” es una actividad a incluir en la planificación de las sesiones.

Especialmente para terapia en fase maniaca se ha utilizado la voz declamada, el “rap”, como medio musical inicial, ya que refleja perfectamente el uso verborreico que hacen del lenguaje hablado. Es un tema es muy nuevo y lo hemos experimentado personalmente con estos pacientes. Al principio puede el musicoterapeuta tocar un ritmo mientras hablan y al final pueden hacer su propio rap. También es importante hacer actividades musicales adaptadas al tipo “juego de las estatuas” para trabajar el freno inhibitor del impulso.

Se empleará la división en fases de la sesión de musicoterapia que Mateos-Hernandez (2004) propone como secuenciación de actividades, algo más simplificada, alternando fases receptivas y expresivas.

También se utilizará musicoterapia pasiva de refuerzo, temas elegido y valorados de antemano por el paciente y el musicoterapeuta y que el paciente puede escuchar cuando esté en su habitación.

2.3. Revision de fuentes bibliográficas

La revisión de la literatura se ha hecho consultando artículos científicos encontrados en en Pubmed y google académico. También se ha consultado literatura

referente salud mental en general y concretamente del trastorno bipolar y también libros de texto de formación para personal sanitario psiquiátrico.

Esta propuesta de intervención se basa fundamentalmente en mejorar la comunicación verbal y no verbal. Las actividades musicales guiadas son ideales para trabajar este tema. El autor que mejor define la interacción música-comunicación es Bruscia (1998). La música, según él, nos ofrece una manera para expresarnos sin palabras conectando el canal verbal y no verbal en la comunicación.

Entrando ya en el tema y la población que nos ocupa este estudio, existe documentación sobre el efecto de la musicoterapia en psiquiatría hospitalaria. El artículo más relevante y interesante que he encontrado es el estudio que hicieron Carr, Odell -Miller y Prebe (2013) sobre pacientes psiquiátricos en ingreso hospitalario con cuadro agudo. Es un estudio sobre 98 documentos recogidos en database por médicos, psicólogos y musicoterapeutas. Esta documentación describe el tipo de musicoterapia que se realizó con estos pacientes. El estudio recoge trabajo grupal y música activa realizados para mejorar la expresión no-verbal y la posterior reflexión verbal. Los ítems valorados a corto plazo fueron la participación, la comunicación y las relaciones interpersonales. El breve tiempo de ingreso, la diversidad de los pacientes y la estructura de la institución influenciaron que las sesiones fueran pocas, de alta frecuencia, muy dirigidas por los musicoterapeutas, flexibles en el uso de actividades musicales, con estructuras musicales predecibles y con objetivos muy claros y realistas.

Los resultados más positivos se obtuvieron con actividades musicales participativas, con un grado de estructura y repartidas en 4 o más sesiones.

Como conclusión expresan que no existe un modelo definido en musicoterapia para pacientes adultos psiquiátricos agudos ingresados. Puede ser de vital importancia la frecuencia de la terapia, hacer música activa y estructurada con discusión verbal al final, enfatizando la relación terapéutica y construyendo y apoyando los recursos del paciente.

Las sesiones de musicoterapia no pueden de entrada ofrecerse a todos los enfermos ingresados. Una de las premisas que encontramos en documentación sobre bipolaridad es que el paciente ha de estar mínimamente estable para empezar terapia, (Haver, Oedegaard y Farmer, 2012) y ha de querer participar voluntariamente en las sesiones. Esto significa que ha de estar orientado en tiempo y espacio y no ha de presentar síntomas psicóticos.

En uno de los artículos publicados más recientemente, Angeler (2018) trata la analogía entre la música Heavy Metal con la sintomatología del trastorno bipolar. Me parece muy interesante el planteamiento ya que en musicoterapia hemos de partir del estado inicial del paciente para conseguir un cambio. El heavy metal puede reflejar musicalmente el estado interior caótico de estos pacientes y puede ser un importante punto de apoyo y de partida.

El uso de la musicoterapia en depresión está documentada en diagnósticos diversos, independientemente de el trastorno bipolar. He elegido el artículo de Maratos, A. et al (2008.) porque fue revisado recientemente por Aalbes et al. (2017). El estudio inicial expone que el tratamiento de la depresión ha enfocado de dos maneras: con técnicas activas o receptivas. Las activas son válidas en el caso de que los pacientes tengan dificultad en verbalizar sentimientos. Las técnicas receptivas incluyen el uso de la música pre-compuesta para la relajación, la reflexión, la imaginación guiada y los cambios en el estado de ánimo.

Los autores del artículo inicial concluyeron que las intervenciones musicoterapéuticas son bien acogidas por pacientes depresivos y están relacionadas con la mejoría de sus síntomas. Sin embargo, no podían estar seguros acerca de su efectividad debido a los escasos estudios y metodología empleados en su día.

En una posterior revisión, Aalbers, S. et al. (2017) hallaron que la musicoterapia más el tratamiento habitual era más efectiva que el tratamiento habitual solo. La musicoterapia parece reducir los síntomas depresivos y la ansiedad y ayuda a mejorar la funcionalidad.

Esta revisión refuerza esta propuesta, y confirma la efectividad de la musicoterapia como complemento y apoyo a las terapias tradicionales, más que en solitario.

El trastorno del sueño es un síntoma recurrente por defecto en fase maníaca y por exceso o defecto en depresiva. El artículo consultado más relevante en este aspecto es el de Wang, C. Sun, Y y Zang, H. (2014.) Se trata de un meta-análisis de 10 estudios sobre 557 pacientes con trastornos agudos y crónicos del sueño.

La calidad del sueño mejoró significativamente con la música aplicada pasivamente. Concluyeron que la música puede asistir mejorando la calidad del sueño en trastornos agudos y crónicos. También determinaron que se necesita un seguimiento de 3 semanas para demostrar su eficacia.

En cuanto a documentación sobre técnicas de intervención, Erkkila et al. (2008) evalúan el efecto de la improvisación dentro de la sesión de musicoterapia en individuos con depresión y examinan en que medida puede ayudar a reducir síntomas y mejora otras áreas. El estudio centra la atención en agentes mediadores como la expresión musical, la interacción en las sesiones y de la percepción de la música por parte del paciente.

Y por último me parece interesante citar a Schriewerk, K. y Bulaj, G. (2016) por su aportación al uso de nuevas tecnologías en la aplicación de la musicoterapia pasiva. En un mundo global con pacientes de diferentes culturas, músicas de diferentes estilos y variados gustos personales, son internet, la tecnología, el streaming y los apps de los móviles un recurso a tener en cuenta y de gran valor en la terapia, tanto para profesionales como usuarios.

3. Metodología

3.1 Plan de intervención. Objetivos.

El estudio está centrado en la reducción de los síntomas más visibles del trastorno bipolar, concretamente la mejora de la comunicación a través de la musicoterapia. El tiempo de ingreso es un marco condicionante para la planificación del número de sesiones. La naturaleza de esta enfermedad y la polaridad de sus síntomas conlleva que el tratamiento, se polarice también en los objetivos y se divida en 2 maneras diferentes de intervenir según el cliente se encuentre en fase maníaca o depresiva. La reducción de la verborrea y el aumento de las horas de sueño con ayuda de la musicoterapia son el objetivo de investigación en fase maníaca. El aumento de la comunicación verbal y no verbal con ayuda de la musicoterapia son el objetivo de investigación en fase depresiva. Por lo tanto, la metodología se adecuará a estos objetivos.

Objetivos

Objetivo general

- Mejorar la comunicación verbal y no verbal a través de la musicoterapia activa.

Objetivos específicos en fase maníaca

- Reducir la verborrea mediante actividades musicales de escucha y declamación.
- Saber esperar su turno en las actividades de diálogo musical y improvisación.

Objetivos específicos en fase depresiva

- Activación psicomotriz mediante audiciones y tocando instrumentos.
- Aumentar y gestionar la expresividad emocional.

3.2. Hipótesis racional

1. La musicoterapia activa mejora la comunicación en adultos con trastorno bipolar.

3.3. Diseño

El diseño del trabajo es pre- experimental y adecuado individualmente a las necesidades del paciente. Es una propuesta de mejora de síntomas y calidad de vida en el paciente hospitalario. El número de sesiones es inicialmente reducido porque no podemos calcular exactamente el tiempo de ingreso de cada participante. Es por eso que aunque la terapia puede alargarse en el tiempo se han diseñado un plan inicial de 8 sesiones de media hora de duración a lo largo de 4 semanas. Se ha valorado el efecto desde la primera sesión y se ha evaluado al final del periodo.

Las sesiones están estructuradas en 7 actividades con fases activas y pasivas siguiendo el modelo que apunta Mateos-Hernandez (2004) adaptado a las necesidades individuales. En el apartado de procedimiento se especifican las actividades concretas propuestas en tabla 4 y 5. Se ha utilizado el método multimodal en psiquiatría con empleo de:

- a) Canción de bienvenida.
- b) Audiciones en directo por el musicoterapeuta.
- b) Activación corporal rítmica con body tap o con instrumentos de pequeña percusión. Invitación a un diálogo rítmico primeramente por imitación y dejando espacio para la creatividad posteriormente.
- c) La voz cantada. Canción de bienvenida con participación y espera de respuesta por parte del paciente. El terapeuta acompaña con un instrumento mientras el paciente canta.
- d) La voz declamada. Rap. Solo para pacientes con manía. El terapeuta toca la batería o un ritmo base sobre el que el participante habla o declama.
- e) Tocar instrumentos con diálogo rítmico, diálogo melódico y improvisación.
- f) Song writing.

g) Canción de despedida.

El diseño de las actividades ha de ser lo suficiente flexible para adaptarse al estado físico y psíquico del paciente. La propuesta está también condicionada por las habilidades musicales del usuario. Esto significa que si el paciente sabe tocar la guitarra u otros instrumentos se le deja escoger y se trabaja a partir de ahí. El diálogo rítmico con percusión y el diálogo melódico con xilófonos y metalófonos es apto para todos.

En la improvisación a duo se ha utilizado el método Nordoff-Robbins de adaptación harmónica a las respuestas del usuario. Puede desarrollarse con los dos, paciente y terapeuta, sentados al piano o con dos instrumentos diferentes. El musicoterapeuta adapta la armonía a las participaciones del usuario creando juego, diálogo y participación dentro de la improvisación.

Previamente a las sesiones los participantes han respondido a unas preguntas muy simples, cuestionarios en forma de escala de Lickert, sobre el estado anímico antes de empezar la sesión. Esto nos da un punto de partida para tomar decisiones sobre la tonalidad a escoger para la audición y la improvisación. Al terminar la sesión se invita al participante a verbalizar la experiencia de la sesión y a responder a las mismas preguntas del inicio.

3.4. Población

Las intervenciones se han hecho sobre una población hipotética de adultos hospitalizados con trastorno bipolar 1 que se han sometido voluntariamente a la participación en la terapia. Los participantes presentan un cuadro sintomático agudo y algunos de ellos se han negado a tomar fármacos a lo largo del ingreso. Los pacientes con TB que presentan un cuadro psicótico han sido excluidos de la muestra.

3.5. Variables medidas e instrumentos aplicados

Tabla 1 *Variables dependientes e independientes*

Variables VD	Variables VI	Instrumentos aplicados
Comunicación	Actividades musicales de audición improvisación.	Hoja de registro y de observación

		musicoterapéutica. Autor: Maria Dolors Vilaseca (2018).
Sintomatología general en TB	Sesión de musicoterapia	EVMAC Escala para la valoración de la manía por clínicos. 1994 Test de Beck, BDI-II. Año de publicación: 1996 Test de Hamilton. Año de publicación: 1960

El estudio se ha centrado en una variable dependiente: la comunicación. Ésta incluye aspectos importantes como la atención, la escucha, el lenguaje verbal y no verbal y se ha medido según la cantidad y calidad de respuestas a la comunicación. Se ha añadido una variable global que es la observación de la sintomatología en la fase en que se encuentre el paciente para ver como las sesiones de musicoterapia afectan a la enfermedad en conjunto. Conocemos el efecto multimodal de la música, es decir, que puede beneficiar varios aspectos diferentes a la vez incluso los que no medimos, de un modo holístico. Es por eso que se ha incluido la sintomatología general como VD. El grado de presencia de los síntomas se ha medido por el personal sanitario al principio y final del programa de sesiones. En manía se ha pasado el la EVMAC es decir la Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos; el nombre original es CARS-M: Clinical Administered Rating Scale for Manía. En el caso de episodio depresivo se pasan 2 test: El test de Beck al inicio y el test de Hamilton al final.

Las variables independientes son las actividades musicoterapéuticas con que se ha intervenido. Estas son: la audición en directo, el canto o rap, el body tap y la improvisación.

Hablar de trastorno afectivo bipolar es hablar de estado anímico, y este revierte sobre el tipo de comunicación. Para valorar el efecto de las sesiones sobre el estado emocional el participante responde a unas breves preguntas tipo escala de Lickert antes y después de cada sesión. Este parámetro guía al musicoterapeuta a la hora de decidir las tonalidades musicales en audición y improvisación.

En la ficha de observación y de registro dentro de las sesiones se incluyen entre otros, los ítems referentes al tono de voz, la posición corporal, numero de veces que se obtiene respuesta en el diálogo musical tanto rítmico como con instrumentos, capacidad de escucha y de esperar su turno en las improvisaciones, la expresión emocional y motivación en las sesiones, así como la asistencia.

El song-writing es una actividad voluntaria donde no todos han participado. La creación se ha llevado a cabo fuera del aula, en la habitación del hospital usando una guitarra y papel para los participantes que saben tocar o bien usando un ordenador y un teclado online. Se analizará el el contenido del song-writing, y sobretodo las entrevistas al final de las sesiones para hablar de lo experimentado durante la terapia. Muchos pacientes no son conscientes de su propia sintomatología y las sesiones ayudaran a reflejar en que punto se encuentran y hacia donde evolucionan.

El seguimiento de la mejora de las horas de sueño través de la musicoterapia se hará con entrevistas al personal sanitario y los participantes. Son ellos los que gestionan el tiempo de escucha de las canciones seleccionadas.

Tabla 2: Test: Escala de Lickert. Estado anímico.

Escala de autovaloración sobre el estado anímico	
Valora de 1 a 5 los siguientes estados de ánimo, siendo 1 muy poco, 2 poco, 3 ni mucho ni poco, 4 bastante 5 mucho. ¿Como te sientes hoy?	
Melancólico:	Nervioso:
Triste:	Tenso:
Apagado:	Intranquilo:
Relajado:	Activo:
Comunicativo:	Contento:
Sociable:	Alegre:

Maria Dolors Vilaseca (Elaboración propia)

Tabla 3 *Ficha de registro*

Ficha de registro
Datos del paciente
Nombre:
Edad:
Episodio:

Num de sesión:
<p>Audición</p> <p>Tema musical:</p> <p>Ritmo: Binario <input type="checkbox"/> Ternario <input type="checkbox"/></p> <p>Tempo: Lento <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/></p> <p>Tonalidad: Modo mayor <input type="checkbox"/> Modo menor <input type="checkbox"/> Modal <input type="checkbox"/> Atonal <input type="checkbox"/></p> <p>Participación activa del paciente: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Voz hablada <input type="checkbox"/> Voz cantada <input type="checkbox"/> Rítmica corporal <input type="checkbox"/> Rítmica con instrumentos <input type="checkbox"/> Movimiento <input type="checkbox"/></p> <p>Respuestas emocionales: Sonrisa <input type="checkbox"/> Relajación <input type="checkbox"/> Atención <input type="checkbox"/> Llanto <input type="checkbox"/> Mirada atenta <input type="checkbox"/> Sin respuesta <input type="checkbox"/></p>
<p>Canto/ Rap</p> <p>Tema escogido:</p> <p>Voz hablada <input type="checkbox"/> Voz cantada <input type="checkbox"/></p> <p>Tempo: Lento <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/></p> <p>Instrumento acompañante: Piano <input type="checkbox"/> Guitarra <input type="checkbox"/> Bateria <input type="checkbox"/> Djembé <input type="checkbox"/></p>
<p>Area instrumental en activación corporal rítmica</p> <p>Ritmo: Binario <input type="checkbox"/> Ternario <input type="checkbox"/></p> <p>Tempo: Lento <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Allegro <input type="checkbox"/></p> <p>Instrumentos utilizados por el usuario: Percusión corporal <input type="checkbox"/> Maracas <input type="checkbox"/> Pandero <input type="checkbox"/> Claves <input type="checkbox"/> Djembé <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (especificar)</p> <p>Instrumentos utilizados por el musicoterapeuta: Percusión corporal <input type="checkbox"/> Maracas <input type="checkbox"/> Pandero <input type="checkbox"/> Claves <input type="checkbox"/> Djembé <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (especificar)</p>
<p>Area instrumental en diálogo musical y improvisación</p> <p>Ritmo: binario <input type="checkbox"/> ternario <input type="checkbox"/></p> <p>Tempo: Lento <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Allegro <input type="checkbox"/></p> <p>Intrumentos utilizados por el usuario: Xylofón <input type="checkbox"/> Metalofón <input type="checkbox"/> Piano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p> <p>Instrumentos utilizados por el musicoterapeuta: Guitarra <input type="checkbox"/> Piano <input type="checkbox"/></p> <p>Silencios: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Autor: Maria Dolors Vilaseca (Elaboración propia)

Tabla 4 *Hoja de observación*

<p>Hoja de observación</p> <p>Area de comunicación y lenguaje</p> <p>Intención de comunicación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Atención a la comunicación: Si No A veces

Respuestas verbales en la canción de bienvenida: Si No

Respuestas a la comunicación en activación corporal rítmica

Respuestas: Si No

Expresiones faciales: Si No Observaciones:

Conducta Visual: Atenta Concentrada Dispersa Cerrada

Postura corporal: Rígida Relajada Abierta Cerrada

Voz hablada: Apagada Normal Con volumen Silencio Exclamaciones Comentarios Verborrea

Respuestas rítmicas: Por imitación Creatividad Cortas Largas Lentas Rápidas

Número de respuestas:

Espera su turno: Si No

Actitud: Motivación Apatía Agilidad Temple Caótica Entusiasmo Reticencia

Observaciones:

Respuestas a la comunicación en dialogo musical y improvisación

Expresiones faciales: Si No Observaciones:

Conducta Visual: Atenta Concentrada Dispersa Cerrada

Postura corporal: Rígida Relajada Abierta Cerrada

Voz: Apagada Normal Con volumen Silencio Exclamaciones Comentarios Verborrea

Respuestas melódico-rítmicas: Por imitación Creatividad Cortas Largas Lentas Rápidas

Número de respuestas:

Espera su turno: Si No

Actitud: Motivación Apatía Agilidad Temple Caos Entusiasmo Reticencia

Observaciones:

Autor: María Dolors Vilaseca (Elaboración propia)

3.6. Encuadre de las sesiones. Aula y material.

El aula de música de la unidad es también el aula de musicoterapia. Se encuentra en el mismo edificio apartado de la planta. Es aquí donde se han realizado las intervenciones. Las sesiones son individuales, dos sesiones semanales de media hora de duración a lo largo de 4 semanas. Los usuarios asisten a las sesiones acompañados normalmente por personal sanitario que participan como observadores.

El aula cuenta con un piano acústico, un piano eléctrico, un bajo eléctrico, una batería, dos guitarras eléctricas, tres amplificadores, dos micrófonos, dos xylófonos soprano, un xylofón alto y un metalofón alto. Instrumentos rítmicos: tres pares de claves, tres cajas chinas, 2 triángulos, 2 djembés y 4 maracas.

Cancioneros en papel: cuatro cancioneros con temas de todas las épocas, con notas y acordes.

Material complementario: un ordenador, un reproductor mp3, una Tablet, un móvil.

3.7. Temporización de las sesiones

Las sesiones de musicoterapia han sido de tipo individual con una duración mínima de 30 minutos y máxima de 40 min. El plan intensivo inicial ha sido de 8 sesiones a lo largo de 4 semanas, es decir dos sesiones a la semana.

3.8. Propuesta de actividades

Siguiendo el modelo de trabajo que propone Mateos-hernandez (2004), alternando fases de interiorización y exteriorización hemos realizado una tabla de actividades que puede utilizarse tanto con pacientes en fase maníaca como en depresiva a excepción del rap que está pensado solo para trabajar en manía.

Fases	Actividades	Objetivos	Indicadores de evaluación
Caldeamiento	Canción de bienvenida	Iniciar la sesión	Atención, escucha y respuesta
Motivación para la sesión	Audición	Preparación para la sesión. Estructura interna	Atención y escucha

Activación corporal consciente	Body tap	Conciencia corporal y rítmica. Imitación	Número y tipo de respuestas
Desarrollo perceptivo	Rap Canto	Canalizar y estructurar el discurso verbal.	Participación
Relación con el otro	Improvisación Dialogo musical	Comunicación	Esperar su turno Interacción
Representación y simbolización	Song writting	Expresión de ideas y sentimientos	Análisis del texto del ritmo y la melodía
Despedida	Canción de despedida	Cerrar la sesión	Aceptación

3.9 Procedimiento

1.Canción de bienvenida: Hei -hei es una melodía corta que da la bienvenida al paciente. Es importante recibirlo con una sonrisa y incluyendo su nombre en la canción. La duración de la canción es de 1 minuto.

Hei Hei

Canción de bienvenida

Texto y música:

M. Dolors Vilaseca

Hei hei (Navn) Saa kjekt at du kom Hei hei (navn) vi blir her en stund for aa
synge og spil-le i en ti - mes tid He - i he - i (navn) og vel - kom-men hit

El texto es en noruego, tiene dos partes: el primer verso el musicoterapeuta canta ininterrumpidamente. En el segundo verso el musicoterapeuta para y espera respuesta verbal del paciente. La traducción es:

Verso 1

Hola hola (Nombre) que bién que has venido

Hola hola (Nombre) vamos a estar aquí un rato para

Cantar y tocar instrumentos

Hola hola (nombre) bienvenido aquí.

Verso 2 (con interacción)

Hola, hola (Nombre) -pausa/espacio para que reponda- que bien que has venido.

Hola, hola (nombre). ¿Como estás? (pausa-espacio para que responda).

Vamos a cantar y tocar un rato

Hola hola (nombre) Bienvenido aquí.

La canción se bienvenida ya es un primer paso para entablar un ritmo y pautas de conversación tanto para frenar la verborrea como para activar a los pacientes que presentan inhibición en el habla. Las pausas y la espera de respuesta son importantes. Se ha recopilado si el paciente entra en el juego inicial, participando y respondiendo.

2. Audición en vivo: A través de esta actividad predisponemos auditivamente al participante para la sesión. El musicoterapeuta tocará una melodía al piano o a la guitarra, de preferencia barroca o clásica del repertorio que tenemos (un minuto). Lo importante de la audición es la tonalidad mayor o menor y el tempo que decidiremos según el estado anímico en que llegue el participante. Siguiendo el modelo de intervención de musicoterapia hospitalaria, hemos de empezar musicalmente en el punto y modo en que se encuentre el paciente si queremos ocasionar cambios. De esta manera adecuaremos tempo y tonalidad al ritmo respiratorio del participante para establecer un mejor vínculo entre musicoterapeuta-paciente-musica. Las preguntas iniciales sobre el estado anímico antes de iniciar la sesión pueden ayudar a situarnos.

Un tema barroco o del clasicismo es ideal porque contiene en sí una estructura interna de la que normalmente carecen los pacientes con TB. Este género musical, y en definitiva la mayoría de otros géneros musicales, nos introduce sensorial y inconscientemente en un código de frases musicales con pregunta-respuesta.

manera consciente el paciente haga un rap de su discurso. Se invitará al dialogo tantas veces como se pueda por ejemplo provocando pausas o cambios de ritmo cada 8 compases. De esta manera progresiva se partirá del punto non-stop del paciente con un rap sin pausas hasta un “toma y daca” dando pie al diálogo verbal-rítmico.

4.b Canción acompañada: esta actividad está válida para ambos grupos con manía y depresión. Se presentarán cancioneros con propuestas de temas que el participante podrá elegir o como acordado previamente la ejecución de un tema propuesto por el paciente que el musicoterapeuta acompañará al piano.

5. Diálogo musical y improvisación.

Esta sección es central para trabajar la comunicación y la interacción con el otro. En el diálogo musical con pregunta y respuesta el participante y el musicoterapeuta tocan instrumentos de placa. El musicoterapeuta introducirá ritmos básicos con 3 o 4 notas y espera a que el participante conteste con un elemento igual o nuevo y a partir de ahí se desarrolla una conversación. También se puede empezar a partir de los motivos propuestos por el paciente.

En la improvisación propiamente dicha el musicoterapeuta dará a escoger entre los diferentes instrumentos. Si el participante sabe tocar el piano pueden sentarse los dos al piano. También se puede escoger otro instrumento, pero es importante que el musicoterapeuta utilice un instrumento armónico. Si el participante no sabe tocar instrumentos podrá continuar la actividad con un instrumento de placa.

Se expondrá una secuencia armónica I- IV para empezar tanto en caso de manía como en el caso de depresión. Se puede continuar con una progresión I-IV-V-I o una cadencia flamenca. Esto es solo una propuesta inicial y dependiendo del estado psíquico y emocional del paciente puede abordarse desde la técnica Nordoff Robbins el seguimiento con el instrumento armónico de las evoluciones improvisatorias del participante.

No es necesario llevar a término las dos actividades en una misma sesión. La primera conduce a la otra.

6. Song writing

Esta actividad es opcional y se propone una vez que el paciente haya asistido a un mínimo de 4 o 5 sesiones de musicoterapia. Puede hacerse fuera del aula en el caso de que el paciente pueda tener la guitarra en la habitación y presentarla y comentarla mas tarde en la sesión.

Si se hace dentro de las sesiones y con ayuda del musicoterapeuta esta actividad ocupará la mayoría del tiempo después de la canción de bienvenida excluyendo todas las otras actividades de audición y improvisación. Si el participante necesita ayuda musical se le ofrece una base melódica y armónica muy simple donde solo tendrá que incorporar el texto.

7. Canción de despedida

Con ella preparamos al participante para el cierre de la sesión.

Vi ses snart igjen

Canción de despedida

Texto y música:

Maria Dolors Vilaseca

C Dm G C Am Dm G C

Naa er den-ne ti-me slutt Vi ses snart i-gjen Naa er den-ne ti-me-slutt vi ses snart i-gjen -

Traducción del texto:

La sesión ya terminó, nos veremos pronto otra vez (2 veces). En la repetición: La sesión ya terminó gracias por venir. La sesión ya terminó nos veremos pronto otra vez.

La canción de despedida es importante como señal auditiva previsible de que la sesión se cierra en unos minutos. Cuando los participantes se encuentran sumidos en las actividades musicales aceptan mejor el fin de la sesión con otra actividad musical aunque corta, esta hace el final mas suave. El texto les da las gracias por participar y espera un nuevo encuentro en el futuro. La propuesta de intervención es un plan de trabajo de 8 sesiones. Es importante preparar mentalmente al participante en la sesión 6 y 7 que nos quedan 1 o 2 sesiones más antes del cierre de la terapia.

3.10. Plan de análisis de datos

Al término de las 8 sesiones planificadas tenemos ya reunido una serie de información, datos y valoraciones sobre el resultado de la terapia. Es la hora de ordenar y analizar las diferentes respuestas a la comunicación y las reacciones que han ido surgiendo con las actividades musicales.

Antes de empezar nos hemos cerciorado de que en ninguno de los registros constan datos personales de los participantes para proteger su confidencialidad. En cada hoja de registro y de observación constan solo las iniciales del nombre y apellido de los usuarios y el año de nacimiento.

La primera variable dependiente analizada es la mejora de la comunicación observada en las respuestas verbales y musicales obtenidas al aplicar la variable independiente de la actividad musical. La segunda variable es la mejora de la sintomatología a través de las sesiones.

La técnica de análisis es no estadística a través de diagramas en los datos cuantitativos para ver la evolución de cada participante. Al final se hará una media destacando la media general de todos ellos en la mejora de la comunicación.

3.10.1. Organización de los datos

Fuentes de información a lo largo del proyecto:

1. De las sesiones de musicoterapia

- a) 8 fichas de registro y 8 hojas de observación de cada uno de los participantes, ordenadas por fechas.
- b) 8 escalas de Lickert sobre el estado anímico del paciente antes y después de las sesiones.
- c) Número y tipo de respuestas a la comunicación en la canción de bienvenida, la percusión corporal, el diálogo musical y la improvisación.
- d) Análisis del texto y la música en el song writing.

2. Del personal sanitario

- a) Resultados de los test de depresión y manía al inicio y final del plan de intervención
- b) Entrevistas con el psicólogo y la persona de contacto del equipo de enfermería de cada participante.

3. Del participante

Entrevista corta con el paciente al final de cada sesión para donde pueda expresar como ha vivido las actividades musicales.

Los instrumentos utilizados han sido archivados en carpetas individuales y los resultados relevantes transferidos al ordenador.

Las diferentes respuestas obtenidas a la comunicación se han plasmado en diagramas para ver la evolución a lo largo de las ocho sesiones y incluiremos un análisis global en este trabajo. Para ello hemos utilizado el programa online <https://www.generador-degraficos.com>.

Datos cuantitativos

El análisis de los resultados se ha centrado en las respuestas a la comunicación de acuerdo a los objetivos que nos hemos marcado al inicio de este proyecto. También se ha valorado su efecto global en su contribución al bienestar del paciente. En las fichas de registro hemos recogido las respuestas verbales y musicales a la comunicación en las actividades propuestas: si ha habido respuesta hablada en la canción de bienvenida, número de veces que el participante ha respondido a las propuestas rítmicas de la percusión corporal, número de veces que ha respondido o ha propuesto un motivo en el diálogo musical y la interacción en la improvisación.

En cuanto al análisis del lenguaje corporal se han analizado los resultados obtenidos en los apartados la ficha de observación. El número de intervenciones es igualmente relevante en los dos grupos de pacientes, con manía y con depresión, pero el análisis numérico del resultado es más significativo en el segundo grupo ya que normalmente están mas apáticos y el objetivo perseguido es potenciar su activación. En cuanto al participantes con manía el objetivo está en moderar su actividad, por ello los ítems analizables de las fichas de observación y registro se han centrado en aquellos que miden el número de veces que saben esperar su turno, que escuchan y que interactúan con el musicoterapeuta.

Los resultados de los test de Beck y EVMAC al principio y del test de Hamilton al final del proyecto han medido si las intervenciones han tenido un efecto positivo general sobre la sintomatología de los pacientes con TB.

Datos cualitativos

En este apartado se ha analizado el tipo de respuestas musicales en las actividades, si han sido largas, cortas, expresivas o en relación al tema propuesto.

En la composición musical o song writing se han analizado la temática tratada en el texto, la tonalidad, el tempo y el genero. El contenido semántico del texto se ha codificado para a partir de aquí poder clasificarlo en categorías de temas.

Las entrevistas con los participantes al final de las sesiones han sido muy interesantes y enriquecedoras. El paciente ha expresado como ha experimentado su participación en cada actividad, si ha evocado imágenes o si era más fácil comunicar con el lenguaje musical, expresando con palabras esta vez lo que ha salido intuitiva y espontáneamente. El musicoterapeuta a su vez le ha dado feedback de que impresión le ha causado su mensaje musical y sus creaciones.

Igualmente importante han sido las entrevistas con el personal sanitario que en definitiva son los que han seguido y observado a los participantes fuera de las sesiones. Estas entrevistas junto con el test de autoevaluación de la escala de Lickert nos confirman si las sesiones han tenido un efecto sobre el estado anímico de los usuarios y por consiguiente en la mejoría de los síntomas y de su bienestar durante la hospitalización.

4. RESULTADOS

4.1. Datos cuantitativos

Los resultados cuantitativos numéricos obtenidos en las intervenciones han sido el número de respuestas a la comunicación en la canción de bienvenida, el body tap y el dialogo musical. En nuestros objetivos hemos buscado aumentar la participación en pacientes con depresión y además el saber esperar su turno de intervención en los pacientes con manía. Los resultados hipotéticos obtenidos se han extrapolado de nuestra experiencia personal en actividades musicales con pacientes bipolares a lo largo de 10 años y se han contrastado con estudios científicos existentes. Los datos finales se expresan en un porcentaje.

Después de analizar las fichas de registro y de observación de cada sesión hemos visto que la participación ha sido muy alta y ha habido muy pocas ausencias, es decir alguno de los participados no ha asistido a todas las sesiones y ninguno ha abandonado la terapia.

La respuesta a la comunicación ha sido muy alta en las todas las actividades medibles a excepción de la primera sesión donde un 40% de los participantes, la mayoría de ellos con depresión, se han mostrado un poco reticentes y les ha costado soltarse. Adjuntamos tres gráficos de barras con una muestra de los resultados. El primer gráfico es individual y nos muestra las respuestas a la comunicación en el porcentaje numérico de una sesión. El segundo gráfico plasma la media obtenida de todos los participantes a lo largo de las ocho sesiones. El tercer gráfico refleja la media global de todas las actividades recogidas en el plan de intervención.

Podemos ver gráficamente que hay una muy alta respuesta a la comunicación a partir de la segunda sesión, así como de saber esperar el turno de participación. En el último apartado se valora la totalidad de los resultados a lo largo de las 8 semanas como valoración general de la mejora de la comunicación.

Los resultados de las escalas de EVMAC y los test de Hamilton y Beck, antes y después del programa de sesiones, reflejan que hay una mejora en algunos síntomas del TB en algunos participantes, pero no han mostrado una mejora sintomatología general.

A continuación, presentamos un ejemplo gráfico de la recogida de datos de una sesión individual (gráfico 1). Las respuestas a la comunicación están recogidas en un porcentaje. Esto significa que, si por ejemplo, hay un máximo de 4 respuestas en la canción de bienvenida y solo responde a dos, será un 50% en esa actividad.

El segundo gráfico recoge los tantos por ciento de todos los participantes en cada sesión y a lo largo de las 8 sesiones (gráfico 2). Al final se ha recogido el tanto por ciento global de todas las actividades medibles.

Gráfico 1: Sesión individual num 1. Respuestas a la comunicación.

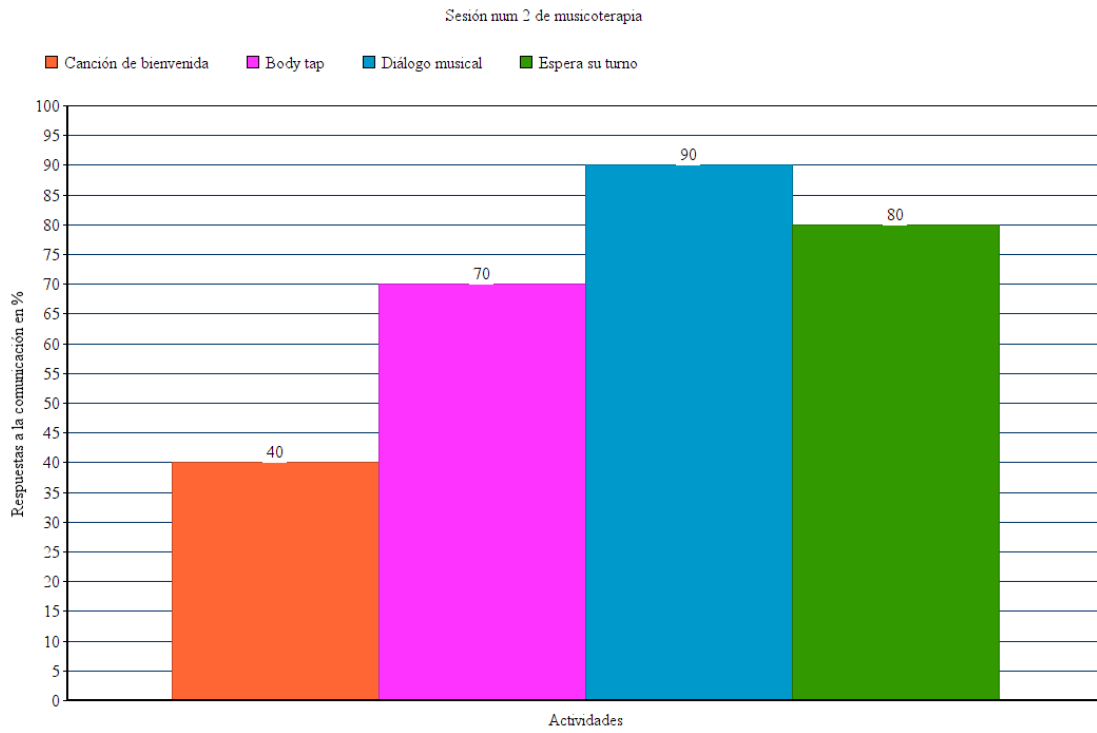


Gráfico 2: media de las respuestas a la comunicación de todos los participantes a lo largo del programa de intervención, 8 sesiones.

Musicoterapia y comunicación en adultos hospitalizados con Trastorno afectivo Bipolar

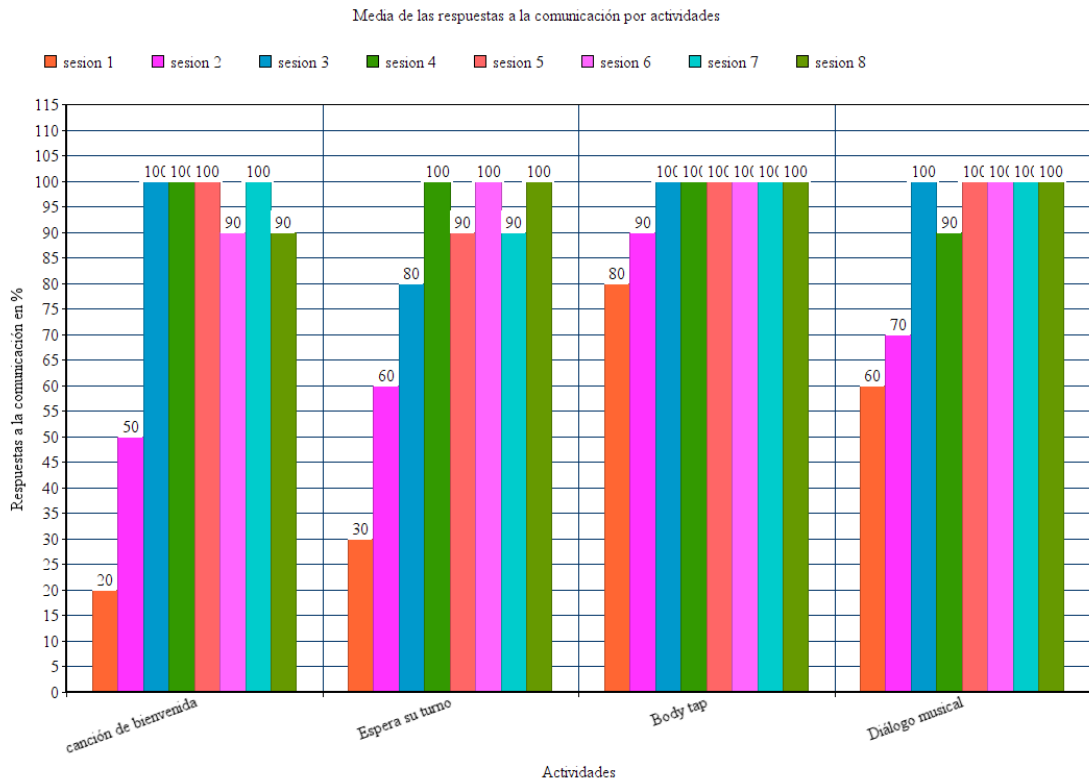
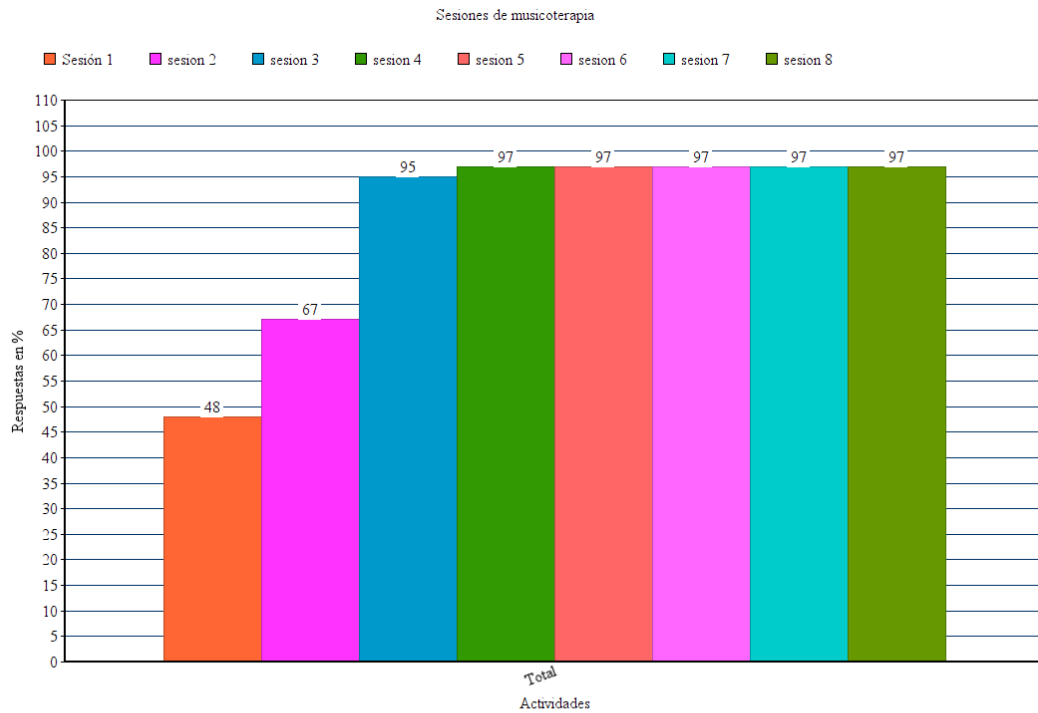


Gráfico 3: media global de las respuestas a la comunicación de todas las actividades medibles.



4.2. Datos cualitativos

Los resultados en este apartado se han obtenido a partir del tipo de respuestas observadas en las actividades, del tipo de interacción musical en la improvisación, el nivel de atención en la audición y de la expresión en el canto. Estos datos están recogidos en las fichas de observación.

Se ha observado un aumento del contacto visual con el musicoterapeuta y un aumento de la atención hacia los motivos musicales propuestos. Se han observado cambios en la postura corporal de los participantes, cambios en el tono de voz y una adquisición de ritmo en las intervenciones verbales y musicales.

Entrevistas con los participantes

Los datos cualitativos mas importantes se han obtenido en las entrevistas con cada participante donde han explicado como han vivido las actividades. concretamente con las actividades menos medibles como la audición, el canto y la improvisación.

En la audición: La mayoría de los participantes han expresado que han tenido momentos reflexivos y evocativos al escuchar la música en directo. Han comentado a

menudo que al oír la canción, independientemente de si les era conocida o no, les venía a la mente imágenes del pasado, o recordaban un familiar querido. Han sentido la necesidad de verbalizarlo en el momento.

En el canto: Esta actividad ha tenido efectos muy positivos sobre mujeres con TB tanto en fase maníaca como depresiva. Los participantes masculinos en general han sido más reticentes a ponerse a cantar, muy pocos han querido hacerlo. Una mayoría han declinado la propuesta en que cante el musicoterapeuta o prefieren tocar un instrumento y escuchar. El efecto observado tras el canto es una activación positiva, se quedan pensativos con una sonrisa en los labios.

En la improvisación: Los participantes han descrito la experiencia como positiva, como el uso de un lenguaje nuevo. Expresan que se en el momento de la improvisación se centran en el aquí y ahora y están creando algo. Los participantes más entusiastas con esta actividad han sido precisamente los que no tenían conocimientos musicales previos. Con el método Nordoff Robbins utilizado sienten que dominan un instrumento porque la armonía aplicada por el musicoterapeuta hace que suene bien y la melodía suene bonita. De hecho, ha habido más satisfacción por parte de los pacientes con la improvisación Nordoff Robbins que con el diálogo musical Orff -Schulberg. Esto es porque el factor armónico y de belleza da una experiencia de la actividad mucho más completa.

En el song-writing: Análisis de texto y la música. Ha habido un porcentaje bajo de participación en esta actividad. El texto de las canciones ha sido muy variado, desde como es el día a día en el hospital, algunas reflexiones que han tenido mientras están en la sala de fumadores o en su habitación, paseos alrededor del hospital, recuerdos de infancia y estados de ánimo. Los géneros utilizados han sido con estructura de blues y pop.

En este apartado incluimos también el ejercicio de rap. Solo dos de los participantes con manía escogieron escribir texto con este género. En uno de ellos el texto era declamado tan rápido que se traducían como onomatopeyas. El texto era muy simple y con juegos de palabras en noruego e inglés. En la entrevista expresaba que era el ritmo y la velocidad de dicción lo que hacía que sacara toda la energía que llevaba dentro.

Sobre el test de autoevaluación y la entrevista: La valoración reflejada en escala de Lickert nos ha dado un parámetro de la evolución del estado anímico del

participante, antes durante y después de las sesiones. En la entrevista al final de las sesiones el participante nos ha dado su opinión sobre esta evolución. Normalmente los pacientes con manía, que son optimistas y activos por definición, tienden a estar eufóricos antes de la sesión, se alegran ya antes de empezar. Expresan que han tenido momentos reflexivos y evocativos durante la audición, pero también de subidón en los ejercicios rítmicos y experimentan una satisfacción y alegría al final. Los pacientes con depresión tienden a estar más apáticos al inicio, experimentan una activación a lo largo de las actividades y manifiestan que acaban con una cierta calma interior y bienestar.

Podemos resumir el resultado del efecto de las sesiones sobre el estado anímico a partir del test de autovaloración y entrevista posterior con la siguiente tabla:

Tabla 6: efectos de las sesiones sobre el estado de ánimo

	Antes	Durante	Después
Con manía	Alegría	Calma Reflexión Presencia Fuerza	Satisfacción Alegría Bienestar
Con depresión	Indiferencia Reticencia	Activación Aceptación	Calma Satisfacción Bienestar

Entrevista con el personal sanitario

Los enfermeros auxiliares y asistentes que trabajan en planta son los que pueden observar las evoluciones de los participantes cuando vuelven de la sesión. Después de hablar con el personal de contacto nos han contado diferentes reacciones. Algunos casos de pacientes con manía han tenido un subidón al volver de las primeras sesiones de musicoterapia, con mas verborrea y activados y los enfermeros han dudado si las sesiones son recomendables para esta población. A medida que han avanzado las sesiones han notado que los participantes estaban menos habladores y mas calmados en las horas posteriores a la sesión.

En cuanto a la observación de pacientes con depresión, se ha observado un aumento de la sociabilidad, se han sentado más a menudo en la zona común en lugar de encerrarse en su habitación y han participado más en las actividades propuestas por la planta, como juegos, paseos y ejercicio. También se les ha notado un poco más sonrientes.

5. DISCUSIÓN

Nuestra propuesta de mejora es innovadora en muchos aspectos. Es un plan de intervención individual con la misma propuesta de actividades para los pacientes con trastorno bipolar, adecuándola a las características de cada paciente y su fase sintomática. El objetivo común ha sido mejorar la comunicación verbal y no verbal a través de actividades musicales. La respuesta a la comunicación ha sido muy elevada y positiva en los resultados con muy pocas sesiones y desde la primera sesión. Los participantes han entrado en el juego comunicativo a través del ritmo y la música, y expresado verbalmente después de las sesiones como lo han vivido. La mímica facial y el lenguaje corporal han cambiado a resultas de las intervenciones. Aunque la mayoría de la comunicación registrada es musical, ¿es la música en sí un lenguaje? ¿Puede la música contar todo lo que se ha expresado como un lenguaje, entender lo que se comunica y traducirlo en emociones? ¿O solo es un preámbulo, un juego que nos prepara para la comunicación verbal? ¿Comunicamos mejor musicalmente o verbalmente?

Según Bruscia (1998) y tal como lo hemos recogido en capítulos anteriores la música une el canal verbal y no verbal y el resultado comprensivo puede ser igual de efectivo.

Carr, Odel, Miller y Preb (2013) ya constataron en su estudio los beneficios de la musicoterapia en psiquiatría hospitalaria. Aunque en su investigación los diagnósticos eran diversos y las sesiones grupales, consiguieron resultados significativos sobre la comunicación con muy pocas sesiones. Nosotros nos hemos centrado en un diagnóstico concreto, al ser las intervenciones individuales hemos ampliado el número de sesiones con una propuesta de actividades muy concretas y al igual que ellos proponen, muy dirigidas. El número de sesiones viene delimitado por el tiempo de ingreso. Su estudio apoya el nuestro en este sentido y destaca al igual que nosotros la importancia de la verbalización al final de las sesiones, que en nuestro caso se ha traducido en forma de entrevista individual.

Es cierto que una intervención a largo plazo puede sacar a flote muchos de los traumas inconscientes de quien participa. Los pacientes psiquiátricos necesitarían un plan de intervención a largo plazo por todo lo que llevan auestas subyacente. Al centrarnos solo en comunicación y tener respuestas satisfactorias desde las primeras sesiones no significa que el diagnóstico mejora a raíz de las intervenciones, pero se suavizan algunos síntomas.

También como novedad se ha incluido el uso del género rap para canalizar la verborrea en pacientes con manía. Ha funcionado también como medio de expresar las emociones: los participantes tenían permiso para decir tacos en el texto, lo que ha sido liberador para ellos. En nuestra revisión literaria no hemos encontrado nada referente al uso del rap en musicoterapia, pero sí de otro género musical como es el heavy metal, hecha por Argeler (2017). ¿Sirve cualquier género como punto de partida y de encuentro con el paciente cuando éste tiene una significación para el usuario? Parece ser que la conexión con un estilo de música concreto ayuda a abrirse y dejarse ir. Algunos de los participantes con manía han expresado su gusto por el heavy metal. Han contado que al escucharla les da fuerza, se sienten como un león que no tiene miedo a nada. Personalmente como musicoterapeuta sería uno de los últimos géneros a utilizar con pacientes maníacos. Dejando aparte el efecto de los decibelios y su añadida contaminación acústica, es más el efecto simbólico de estos géneros y lo que representan para el paciente, lo que los hace interesantes y significativos en terapia.

En el caso concreto de manía las primeras sesiones han sido vividas como fantásticas por los participantes, pero no así para el personal sanitario que han visto que el paciente volvía todavía más excitado de las sesiones. ¿Son desaconsejables las sesiones de musicoterapia en paciente maníacos agudos? No ha sido hasta la tercera sesión que la musicoterapia ha tenido efectos más calmantes. Aquí se ha generado la duda entre los profesionales de la salud si la musicoterapia es recomendable para pacientes maníacos. De hecho, casi no existen investigaciones fiables ni documentación que corrobore este caso. Hemos recogido la opinión de varios de estos participantes donde expresan que prefieren sentirse maníacos por las sesiones que depresivos por no tenerlas. Las conclusiones de Carr, Odel, Miller y Prebe (2013) recogen que la musicoterapia es beneficiosa en psiquiatría aguda.

Lo que es indudable es que el aliciente por asistir a las sesiones crea unas expectativas positivas durante el ingreso, ya que los días y las horas pueden parecer muy

largos durante la hospitalización. Las actividades musicales rompen las rutinas, generalmente poco atractivas para las personas ingresadas, mejoran la calidad de vida de pacientes y de las horas laborables del personal sanitario en este tipo de instituciones.

En cuanto a los pacientes con depresión, no es siempre fácil motivarlos para las sesiones. Normalmente cuando ingresan no quieren levantarse de la cama. Una vez han participado por primera vez en una sesión en general quieren seguir asistiendo. La musicoterapia tiene muchos beneficios sobre población depresiva y esto lo confirma multitud de estudios, aunque muy pocos concretamente sobre depresión en trastorno bipolar. El artículo de Aalbers et al (2017) recoge que el tratamiento habitual para la depresión es mas efectivo con musicoterapia que sin. Este es uno de los fines de nuestra propuesta de mejora, que suponga un plus a los tratamientos habituales hospitalarios, un tratamiento complementario a terapia convencional y medicamentos.

El uso de la improvisación en el tratamiento de la depresión tiene documentados efectos que ya recoge Erkilaa (2008). En nuestra práctica hemos comprobado que así es, sobre todo en la mejora de la expresividad de los participantes.

Como musicoterapia pasiva se ha propuesto la escucha de músicas elegidas por el paciente para escuchar antes de acostarse y así mejorar el sueño. Este aspecto está fuera de nuestra área de intervención y observación ya que son los propios pacientes y el personal sanitario los que lo han puesto en práctica. Este aspecto no está contemplado dentro del plan de mejora de la comunicación, pero como soporte complementario para ayudar a reducir los síntomas de TB. Ha sido propuesto porque se sabe de su eficacia documentada por Wan, Sung y Zan (2014) por la importancia del sueño y el descanso en el bienestar de las personas. Dormir bien repercute en otras áreas de funcionamiento, en el estado de ánimo de las personas e incluso en como comunicamos. En consecuencia, es un aspecto importante a tener en cuenta en un plan de mejora.

6. CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos sobre todo el material presentado y de acuerdo a los diferentes objetivos marcados en este estudio y respaldados por la literatura consultada podemos llegar a las siguientes conclusiones:

Conclusiones sobre los objetivos de investigación del Tfm:

Objetivo general: Equilibrar la comunicación en pacientes adultos hospitalarios con TB.

Objetivos específicos: a) Aumentar la atención y la escucha.

b) Equilibrar y gestionar la expresividad.

Conclusión 1: La musicoterapia activa, como terapia complementaria, ayuda a mejorar el desequilibrio comunicativo en adultos hospitalizados con trastorno afectivo bipolar. La respuesta a la comunicación ha sido muy alta en casi todas las actividades musicoterapéuticas propuestas y con un número reducido de sesiones. Los resultados obtenidos muestran una mejora en la comunicación verbal y no verbal de esta población a través de actividades musicoterapéuticas.

Los participantes con TB en episodio maníaco han respondido a la comunicación con mas autocontrol, mostrando saber esperar su turno, escuchar y estar atentos a los estímulos musicales propuestos. El discurso musical y verbal, aunque caótico al principio, ha ido ganando estructura, con pausas equidistantes a su propio discurso y al de los demás. Esto se ha conseguido con interacción del musicotereuta y el diálogo rítmico y musical.

Los participantes con TB en episodio depresivo han aumentado la expresividad facial y corporal con las actividades musicales. El personal sanitario ha observado que despues de las sesiones se han activado físicamente aumentando la sociabilidad y participando mas activamente en as actividades propuestas por la unidad como paseos y juegos de mesa.

Conclusión 2: No se ha podido observar una reducción significativa en la sintomatología general del TB a través de los test realizados de Beck, Hamilton y aunque sí una mejoría en la comunicación.

Conclusiones sobre los objetivos del plan de intervención:

Objetivo general: Mejorar la comunicación en adultos hospitalizados con TB a través de musicoterapia activa.

Objetivos específicos: a) Reducir la verborrea en pacientes con manía.

b) Aumentar la expresividad en pacientes con depresión.

Conclusión 1: Las actividades musicales propuestas en las sesiones de musicoterapia contribuyen a estructurar y canalizar el discurso verbal en pacientes con TB en fase maníaca, reduciendo la verborrea. El rap, diálogo rítmico con percusión corporal y el diálogo musical con improvisación, son las actividades que han recogido mejor los resultados con esta población.

Conclusión 2: Las actividades musicales propuestas en sesión de musicoterapia de audición, improvisación y song writing han contribuido a favorecer la expresividad verbal y no verbal y emocional en pacientes con TB en fase depresiva.

Conclusión 3: La musicoterapia pasiva ha actuado como apoyo complementario para ayudar a aumentar las horas de sueño en pacientes con TB en episodio maníaco con resultados irregulares ya que no ha podido haber un seguimiento de esta actividad.

Conclusión 4: Las entrevistas con los participantes después de las sesiones recogen en su mayoría un feed back positivo: es un aliciente saber que acudirán al aula de música. Las actividades de audición les hacen aflorar pensamientos y memorias. Las actividades de improvisación les hacen centrarse en el aquí y ahora y el dialogo musical les permite expresarse en una nueva forma de comunicación y expresar sentimientos sin palabras. Como conclusión de las entrevistas con participantes y personal sanitario, podemos decir que la propuesta de intervención colabora al bienestar de sus participantes antes, durante y después de las sesiones y en consecuencia durante su ingreso.

7. LIMITACIONES

En nuestra búsqueda de artículos científicos se ha encontrado poca literatura sobre musicoterapia y trastorno bipolar, especialmente sobre el efecto de la musicoterapia sobre el episodio maníaco. Sabemos que hay proyectos en marcha y en la red hay bastante información no científica que por razones de fiabilidad no hemos querido incluir en este trabajo.

En esta propuesta de intervención no se ha podido realizar experimentación real y por tanto aportar datos concretos. Se ha hecho un aproximado por ciento en base a

actividades musicales de audición, rap y improvisación que personalmente he experimentado con esta población durante años de trabajo en hospital psiquiátrico.

El tiempo de ingreso hospitalario limita también el número de sesiones, ya que no es recomendable hacer más de dos a la semana. Si a esto sumamos la capacidad horaria del musicoterapeuta también limita el número de participantes en la muestra. Para hacer un estudio experimental con investigación sería ideal la colaboración de dos o más musicoterapeutas.

La música tiene efecto inmediato sobre las emociones. Hay que tener en cuenta que la población con trastorno bipolar se encuentra generalmente en un desequilibrio de la balanza emocional. Habría que ser precavido en las sesiones para buscar ese equilibrio y no sobreestimar.

8. PROSPECTIVA

Sería interesante poder llevar a cabo este proyecto de intervención con una metodología experimental y grupo de control para poder comparar la evolución de la comunicación en ambos grupos.

Para observar el efecto de las sesiones sobre la enfermedad al margen de los fármacos en investigaciones posteriores, se podría reducir la población sobre la que se va a intervenir a pacientes que no quieren tomar medicinas.

El efecto de las sesiones sobre la mejora de la comunicación ha quedado reflejado poco significativamente en el test de sintomatología general seguramente por la corta duración del plan de intervención. Una propuesta futura con mayor duración en el tiempo, de tres a 6 meses, podría hacer notar sus efectos más ampliamente. Al ser una actividad que sucede en el ámbito del hospital, podría proponerse su continuidad a pacientes que ya han sido dados de alta pero que acuden al centro como pacientes de día.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (5th ed.) Washington. DC: Author

Angeler, D.G. (2018). Analogies between Heavy Metal and the symptoms of Mental Illness. *Challenges*. 9 (1) 18. doi:[10.3390/challe9010018](https://doi.org/10.3390/challe9010018).

Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy*. New Hampshire, EUA. Barcelona Publishers.

Carr C, Odell-Miller H, Priebe S (2013) A Systematic Review of Music Therapy Practice and Outcomes with Acute Adult Psychiatric In-Patients. *PLoS ONE* 8(8): e70252. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070252>

Erkkila, J. et al (2008) The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-50>

Haver B., Oedegaard K.J. y Farmer O.B. (2012). *Bipolare lidelser*. Oslo, Noruega. Fagbokforbundet.

Herheim, A. y Langholm, K. (2006). *Psykisk helsearbeid-teorier og arbeidsmater*. Oslo, Noruega. N.W.Damm & Son. AS.

Mateos-Hernandez, L.A. (2004) *Actividades musicales para atender a la diversidad*. Madrid. ICCE.

Maratos, A. Gold, C. Wang, X. Crawford, M. (2008.) *Music therapy for depression*. The Cochrane library. doi: 10.1002/14651858.CD004517.pub2. (Revisado por Aalbers, S. et al. en 2017).

MedlinePlus en español. Bethesda (MD). *Trastorno Bipolar*. Biblioteca Nacional de Medicina (EEUU). Actualizado 10 de diciembre 2017. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/bipolardisorder.html>)

Wang, C. Sun, Y. y Zang, H. (2014) Music therapy improves sleep quality in acute and chronic sleep disorder. A meta-analysis of ten randomized studies. *Elsevier Science*. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.008>