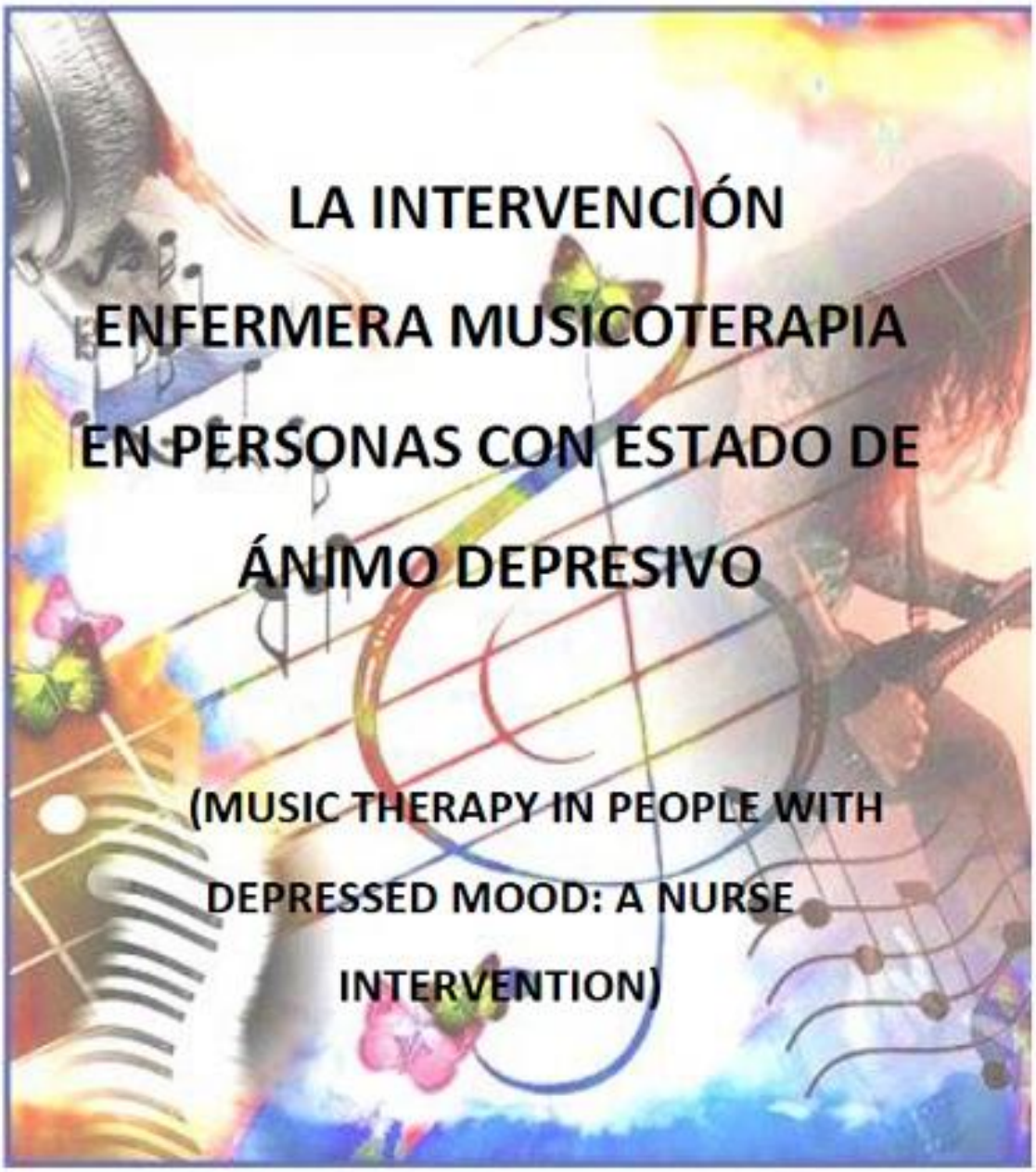

Dña. MIRIAN ALONSO MAZA

Unidad docente multiprofesional del Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de henares. MADRID

Tutor: Dr. Enfermero D. Crispín Gigante Pérez

Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá de Henares. MADRID

PREMIO ANESM AL MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACION EIR 2015

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 4
1.1 MARCO TEÓRICO 6
2. JUSTIFICACIÓN 10
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS 11
4. MATERIAL Y MÉTODOS 11
4.1 ÁMBITO DE ESTUDIO 11
4.2 VARIABLES A ESTUDIO 13
4.3 CUESTIONARIOS 14
4.4 INTERVENCIÓN 17
4.5 DISEÑO 17
4.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO 17
4.7 ASPECTOS ÉTICOS 18
4.8 CRONOGRAMA 19
4.9 RECURSOS NECESARIOS Y PRESUPUESTO 19
5. BIBLIOGRAFÍA 21
6. ANEXOS 25
6.1 DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA 25
6.2 DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE 27
6.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO 30
6.4 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO 31
6.5 CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO 32
6.6 ESCALA HAMILTON *(HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE).* (HDRS) 33
6.7 ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (*HOPELESSNESS SCALE)* 37
6.8 ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA) 39
6.9 AUDICIONES 41
6.10 IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA MUSICOTERAPIA 50
6.11 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN 63

RESUMEN

Los diferentes condicionantes sociales influyen sobre las personas provocando distintas patologías, entre las que se incluye el estado de ánimo depresivo. La depresión es un problema cada vez más frecuente y con serias repercusiones sobre la salud, no solo de quien lo padece, sino de su entorno. Diversos son los tratamientos existentes, pero cada vez se apuesta más por terapias complementarias, como puede ser la Música. Numerosas investigaciones han demostrado la validez de la Música como tratamiento. A través del siguiente estudio se pretende comprobar la utilidad de la Musicoterapia llevada a cabo como intervención enfermera.

PALABRAS CLAVE

Musicoterapia, Trastorno Depresivo, Suicidio, Enfermería, Salud Mental.

ABSTRACT

Different social factors affect people causing varied diseases, among which depressed mood is included. Depression is an increasingly common problem with serious implications, not only for the patient, but also for his relatives. Several treatments are available, but even more and more there is a commitment to complementary therapies, such as Music. Numerous studies have proved the usefulness of Music as a therapy. The main aim of this study is to test the utility of Music Therapy performed as a nurse intervention.

KEY WORDS

Music Therapy, Depressive Disorder, Suicide, Nursing, Mental Health.

1. INTRODUCCIÓN

Los cambios en el estilo de vida, la ruptura con las tradiciones, la transformación de las estructuras familiares así como la situación económica, laboral y social actual, hacen del estado de ánimo depresivo una de los principales padecimientos de la población de hoy en día.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como: "*un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración"*. Se encuentra encuadrada dentro de los trastornos del humor, afectivos o del ánimo (1).

Los trastornos del ánimo son los trastornos psiquiátricos más prevalentes e inhabilitadores. Hasta el 15% de la población sufrirá en alguna ocasión a lo largo de su vida un trastorno depresivo, alrededor de un 3% distimia, y un 1% trastornos bipolares o ciclotímicos. El estado de ánimo depresivo se presenta en el doble de mujeres que de hombres, mientras que en los trastornos bipolares la proporción es paralela.

En la actualidad, se trata de la 4ª causa más importante de incapacidad, afectando a más de 350 millones de personas, y se prevé que será la 2ª para 2020. En España, la prevalencia se sitúa en un 10%, afectando a unos 4 millones de personas (2,3).

La depresión, patología infradiagnosticada e infratratada, supone un coste personal, social y económico para quienes la padecen; implica incapacidad, daña el funcionamiento en diferentes áreas y supone un aumento de la mortalidad y riesgo de autolesiones.

Desde el punto de vista de la Enfermería, la enfermera especialista en Salud Mental desarrolla un papel clave en el tratamiento de las personas con depresión. Proporcionar ayuda, recursos, conocimientos y apoyo con el fin de animar a la persona, de hacerle reaccionar, permitiéndole aprender a resolver y detectar los posibles problemas que puedan aparecer, así como los pensamientos negativos que dificultan la vida diaria, son algunas de las

intervenciones a realizar (4,5). Se trata de conseguir un cambio y fomentar la independencia de la persona.

Para el presente proyecto de investigación, se destacarán las etiquetas diagnósticas de **desesperanza** (00124) "*el estado en el que un individuo se ve limitado o no ve alternativa o elección personal posible y es incapaz de movilizar energía a su favor"* (uno de los sentimientos más frecuentes) y **riesgo de suicidio** (00150) "*el riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida"* (principal y más grave complicación, afectando a más de 10.2 millones de personas según la OMS) (6-8)

En cuanto al tratamiento de la depresión, se basa en fármacos y psicoterapia, aunque cada vez más, se apuesta por otros tratamientos; la depresión se encuentra dentro de las 10 indicaciones más comunes de terapias complementarias, entre las que se puede incluir la Música (3).

> *"La Música expresa aquello que no puede decirse con palabras pero no puede permanecer en silencio."* Víctor Hugo

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) incluye desde su primera edición de 1992 la intervención Terapia Musical (4400), actualmente Musicoterapia, entendida como: "*la utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio especifico de conductas, sentimientos o fisiológico"* (9).

La utilidad de la Música ha sido probada a lo largo de la historia, puede ser utilizada de manera receptiva (sólo escuchando), activa (tocando un instrumento), ambas a la vez, o inactiva (silencio absoluto). Asimismo, puede ser aplicada de manera individual o colectiva. Bien usada, sirve para abrir un nuevo canal de comunicación, la Música se introduce hasta lo más profundo de las emociones, pensamientos, ideas, planes o decisiones. Influye en las percepciones y manipula sutilmente y a menudo, de manera inconsciente, el estado de ánimo (5). Consigue provocar efectos a nivel físico, psicológico, intelectual, social y espiritual.

La Musicoterapia puede servir a las personas con un trastorno depresivo como apoyo terapéutico, como mecanismo de cambio del estado de ánimo, puede ser útil para movilizar los sentimientos de la persona y para ayudar a identificar las causas de ese estado. Las carencias presentes en la salud emocional de los seres humanos, explican la pertinencia y necesidad de esta terapia.

La Musicoterapia se sirve de la melodía, el tono o la intensidad para facilitar la comunicación, para promover el autoconocimiento y fomentar la socialización a través de ejecuciones musicales conjuntas. Esta terapia emplea diferentes métodos de tratamiento. Se utiliza la escucha, juegos, la improvisación, la actuación, la composición, el movimiento, o la comunicación verbal e incluso la danza, el teatro, la poesía, o la expresión plástica (5,10, 11).

El desarrollo del conocimiento y el avance en las investigaciones han permitido profundizar en el uso de la Música en el campo de la Salud. Se ha definido la utilización terapéutica de la misma en diferentes especialidades: Pediatría, Obstetricia, Oncología, Cuidados Paliativos, Psiquiatría, Cirugía o Rehabilitación, entre otras (12).

Son muchos los focos de investigación, que potencian el rol autónomo de la enfermera, pero todavía se hace necesaria la continuación de dichas investigaciones para poder obtener resultados que avalen las actuaciones y doten de relevancia científica los cuidados aplicados.

"Donde fracasan las palabras, la Música habla" Hans Christian Andersen.

1.1 MARCO TEÓRICO

Se hace necesario mencionar a Florence Nightingale, con su Teoría del Entorno; la primera gran teórica en Enfermería, mostró ya su preocupación por la higiene, tanto personal como ambiental, a finales del siglo XIX. Describió la importancia de factores como la iluminación, la ventilación, el calor, la limpieza o el ruido en la salud y mostró su convicción de que una correcta manipulación

del ambiente y sus condiciones podía servir para prevenir y tratar enfermedades.

La influencia del entorno y sus experiencias prácticas con la Música aplicada en los cuidados a los soldados de la Guerra de Crimea, sientan las bases de la Enfermería y la Musicoterapia (13-15).

Por otro lado, cabe destacar el modelo propuesto por Dorothea Orem, como base teórica de este proyecto.

Dorothea Orem proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la Enfermería. Considera su Teoría sobre el Déficit de Autocuidado (1958), como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

- La Teoría del Autocuidado.
- La Teoría del Déficit de Autocuidado.
- La Teoría de los Sistemas de Enfermería.

La Teoría del Autocuidado proporciona los conocimientos que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben o debieran ser capaces de hacer por ellos mismos, para organizar su propio funcionamiento y desarrollo, sienta las bases para recoger los datos.

Se entiende el concepto de **Autocuidado** como: "*la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar".*

Esta capacidad no es innata, sino que la persona la va desarrollando y aprendiendo a medida que crece y se relaciona con otros.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.

- Promoción del bienestar.

Estas actividades que el individuo debe realizar para cuidar de si mismo son llamadas **requisitos**, y se clasifican en:

- **Autocuidado universal**: abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida.
- **Desarrollo:** etapas específicas de desarrollo y condiciones que afectan el desarrollo humano.
- **Desviación de la salud:** cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos.

Finalmente, se incluye el concepto de **Agencia de Autocuidado**: "*la capacidad obtenida para satisfacer los requerimientos contínuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos, y promueven el bienestar".*

La Teoría del Déficit de Autocuidado postula el propósito del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser estimadas a fin de proporcionar el cuidado, de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada.

El Déficit de Autocuidado se refiere a: *"la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en los que las capacidades de autocuidado, debido a las limitaciones existentes, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunas de sus demandas de autocuidado terapéutico."*

Pueden ser completos cuando no hay capacidad para satisfacer la demanda de cuidado terapéutico; o parciales, que pueden ser extensos o limitarse a una incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos.

La **Teoría de los Sistemas de Enfermería** proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los Déficits de Autocuidado.

Por **Sistema de Enfermería** se entiende: *"la manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan."*

Los elementos básicos constituyentes de un Sistema de Enfermería son:

- La enfermera.
- El paciente o grupo de personas.
- Los acontecimientos ocurridos incluyendo las interacciones con los familiares y amigos.

Hay tres tipos de Sistemas de Enfermería:

- **Totalmente compensatorio:** el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
- **Parcialmente compensatorio:** la enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.
- **Soporte-educación:** el paciente es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones.

Definición de los conceptos paradigmáticos:

Persona: *"organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros".*

Enfermería: *"ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta".*

Entorno: *"todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona".*

Salud: *"estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona"* (16).

2. JUSTIFICACIÓN

La alta prevalencia del estado de ánimo depresivo, así como sus graves consecuencias discapacitantes tanto a nivel físico, como psicológico o social, unido a la apuesta por terapias complementarias, que busquen el beneficio del paciente y consigan evitar gran parte de los efectos secundarios que provocan los tratamientos habituales, supone una razón de peso para profundizar en el estudio e investigación de las mismas.

La utilización de la Música con valor terapéutico significa un avance en los tratamientos de las diferentes patologías existentes. Los beneficios que tiene sobre las personas están demostrados y se hace necesario el aumento de las investigaciones enfermeras en este área.

La Musicoterapia como intervención enfermera, constituye un nuevo reto en el campo de actuación del rol profesional enfermero, permitiendo desarrollar el potencial del profesional en favor del paciente.

La enfermera especialista en Salud Mental se encuentra ante la posibilidad de aumentar los conocimientos existentes para contribuir a la mejora de una población creciente que demanda cuidados basados en la mejor evidencia y proporcionados por profesionales especializados.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS: La intervención enfermera Musicoterapia, disminuirá el nivel de depresión (mejora del estado de ánimo) en personas con estado de ánimo depresivo.

H0: La media de puntuación en la Escala Hamilton para la Depresión es igual o mayor tras la intervención.

H1: La media de puntuación en la Escala de Hamilton para la Depresión es menor tras la intervención.

OBJETIVO GENERAL: Evaluar si la intervención enfermera Musicoterapia, disminuye el nivel de depresión en personas con estado de ánimo depresivo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el riesgo de suicidio de las personas con estado de ánimo depresivo incluidos en el estudio antes y después de la intervención
- Comparar la puntuación en la Escala de Desesperanza de Beck antes y después de la intervención.
- Determinar el estado de ánimo de los participantes antes y después de la intervención mediante la escala EVEA.
- Determinar el nivel de Depresión antes y después de la intervención mediante la escala Hamilton.
- Analizar los resultados y manifestaciones de los participantes en las distintas actividades de la intervención.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

POBLACIÓN: Personas con estado de ánimo depresivo que acudan al Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento “Francisco Díaz”.

Se ha escogido el CIDT como lugar de intervención dado que el perfil de las personas que acuden se adecúa al objeto del estudio. Se trata de personas que no se encuentran en un momento agudo de enfermedad (dificultades para trabajar dada la gravedad de la patología).

MUESTRA: Se seleccionarán individuos a los que se tiene fácil acceso, incluyendo a todos aquellos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión y que conformen una muestra significativa y suficiente para llevar a cabo la intervención.

Muestreo: No probabilístico, incidental o de conveniencia.

Determinar el número de participantes resulta complejo, ya que existen numerosos estudios llevados a cabo, donde se realiza una intervención con música en personas con estado de ánimo depresivo. Revisando la bibliografía existente, no se han encontrado estudios que hayan medido los resultados de la musicoterapia en relación con la Escala de la desesperanza de Beck.

Para el cálculo del tamaño muestral se han tomando como referencia otros estudios (17,18) relacionados con los efectos de la musicoterapia como tratamiento de la depresión. El resultado primario en la disminución en los síntomas de la depresión (mejora del estado de ánimo), se midió con la Hamilton Rating Scale for Depression (HRDS). La diferencia mínima significativa entre medias que esperamos encontrar utilizando la HRDS es de 2 puntos. En el estudio de Chen (19) se encuentra una reducción del porcentaje de la puntuación en HRSD desde el valor inicial hasta final del tratamiento de un 98% entre las personas tratadas con musicoterapia y de un 67% entre las asignadas al azar a la atención estándar. Así, para un riesgo Alfa de 0,05 (Nivel de confianza 95%) y un riesgo Beta de 0,2 (potencia 80%), en un análisis bilateral y una tasa de abandonos del 10%, se necesitaría entre 26-31 pacientes. para cumplir el objetivo de conseguir un cambio en el estado de ánimo (disminución de los síntomas de depresión) que sea estadísticamente significativo y clínicamente relevante.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personas mayores de edad que acepten participar voluntariamente en el estudio y que firmen el consentimiento informado.
- Personas que acudan a la consulta de la enfermera de Adultos del CIDT.
- Personas con estado de ánimo depresivo actual (Determinado por la *Hamilton Depresion Rating Scale*. Rango 8-52).
- Personas con los diagnósticos enfermeros de desesperanza (00124) y riesgo de suicidio (00150).
- Personas que refieran adhesión al tratamiento farmacológico, ya que si hubiera irregularidad en el seguimiento de la pauta, los posibles cambios del estado de ánimo podrían relacionarse con la baja adhesión. Por lo tanto, se deduce que en una sesión de una hora en la que se mide el estado de ánimo antes y después de la misma, los cambios se relacionan con la intervención y no con los efectos del antidepresivo, que tienen una acción más mantenida y a largo plazo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Personas con abuso habitual de sustancias tóxicas: alcohol, drogas, etc., ya que el consumo de estas sustancias provoca cambios en el estado de ánimo y puede interferir en el objeto del estudio.
- Personas que no son capaces de comunicarse debido al grado de severidad de su estado depresivo, ya que no podrán transmitir sus sentimientos, emociones o recuerdos.
- Personas que no son capaces de leer y completar el cuestionario propuesto.

4.2 VARIABLES A ESTUDIO

PRIMARIAS:

Dependiente: Riesgo suicida: “Riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida”. Estado de ánimo: “Estado psicológico que refleja las vivencias

afectivas y emocionales que se están teniendo. Es más duradero y menos específico que las emociones".

Independiente: Intervención enfermera Musicoterapia: "Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico".

SECUNDARIAS:

Edad: Variable cuantitativa, discreta. "Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo."

Sexo: Variable cualitativa, nominal, dicotómica. "Condición orgánica, que distingue al hombre de la mujer."

Diagnóstico: Variable cualitativa, nominal, dicotómica. "Proceso patológico, que afecta al participante, codificado según el DSM- IV."

Año de Diagnóstico: Variable cuantitativa, discreta. "Periodo de tiempo transcurrido desde el establecimiento de la enfermedad hasta la actualidad".

Estado Civil: Variable cualitativa, nominal, policotómica. "Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco."

4.3 CUESTIONARIOS

Para la realización del estudio se precisará la utilización de los siguientes cuestionarios:

ESCALA HAMILTON (*HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HDRS*)

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (*Hamilton Depression Rating Scale* (*HDRS*)) es una escala, heteroaplicada, elaborada para valorar pacientes diagnosticados previamente de depresión, a fin de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios.

Originariamente, la escala costa de 21 ítems y fue publicada en 1960. Existen distintas versiones, de 17 ítems, otra versión de 24 ítems y una de 6 ítems, realizadas por el mismo autor. La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986.

Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 apartados: melancolía, ansiedad y sueño. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6).

Para la evaluación de respuesta a una intervención, se ha considerado como respuesta una disminución mayor o igual al 50% de la puntuación inicial de la escala, como respuesta parcial, una disminución entre el 25 y 49% y no respuesta, una reducción de menos del 25%.

La suma de la puntuación obtenida permitirá conocer la gravedad: No deprimido: 0-7 / Depresión ligera/menor: 8-13 / Depresión moderada: 14-18 / Depresión severa: 19-22 / Depresión muy severa: >23, Ver Anexo 6.

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (*HOPELESSNESS SCALE*)

Formada por 20 ítems a los que se debe responder como verdadero o falso. Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18 y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems, 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13, 15 y 19 valen un 1 punto y las señaladas como verdadero, 0 puntos.

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems, pudiendo oscilar entre 0 y 20.

En función de la puntuación, el nivel de riesgo es: 4-8: Leve / 9-14: Moderado / 15-20: Grave

La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15, y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumandos los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.
La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5. Ver Anexo 7.

ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (*EVEA*)

Utilizada "para medir estados de ánimo transitorios en los estudios que utilizan procedimientos de inducción estado de ánimo", la escala EVEA consta de 16 ítems, que se valoran a través de una escala tipo Likert de 11 puntos (de 0 (nada) a 10 (mucho)). Todas las frases empiezan con las palabras "me siento" y continúan con un adjetivo que representa un estado de ánimo.

La escala pretende evaluar cuatro estados de ánimo: ansiedad, ira-hostilidad, tristeza-depresión y alegría. Cada estado de ánimo viene representado por cuatro ítems que constituyen una subescala, orientados todos en la misma dirección.

Cada ítem se valora de 0 a 10 puntos en función del valor escogido por la persona evaluada y, se realizará la media de los ítems de cada subescala, obteniendo así la puntuación definitiva. Algunos investigadores prefieren no realizar la media y obtener una puntuación sobre 40.

En concreto, para la obtención de la puntuación de la subescala de tristeza-depresión habría que sumar las puntuaciones de los ítems 4, 7, 10 y 16.

Para la obtención de la puntuación de la subescala de ansiedad habría que sumar las puntuaciones de los ítems 1, 5, 9 y 13.

Para la obtención de la puntuación de la subescala de ira-hostilidad habría que sumar las puntuaciones de los ítems 2, 8, 11 y 14.

Finalmente, para la obtención de la puntuación de la subescala de alegría habría que sumar las puntuaciones de los ítems 3, 6, 12 y 15. Ver Anexo 8.

4.4 INTERVENCIÓN

Debido la falta de un programa desarrollado específicamente para el tratamiento de las personas con estado de ánimo depresivo, se propone el siguiente, basado en la compilación de dinámicas y actividades, cuya efectividad y utilidad están demostradas.

Las 8 sesiones se desarrollarán en el aula habilitada, con una temperatura de entre 20-25º, con luminosidad adecuada al ejercicio a realizar en cada sesión. Ver intervención en Anexo 10.

4.5 DISEÑO

Tipo de estudio: se trata de un estudio evaluativo, longitudinal, prospectivo. Diseño de un solo grupo con medida pre test/ post test.

4.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de los resultados obtenidos se realizará con el programa estadístico SPSS versión 19.0 para Windows.

El nivel de significación estadística se establece en 95% ($p<0.05$).

En la distribución de los datos, las variables cuantitativas se representan por la mediana (en este caso se prefiere frente a la media, dado el reducido tamaño de la muestra, viéndose así menos afectada por datos extremos) y el rango intercuatílico (RI). Para las variables cualitativas se escogerá la distribución de frecuencias.

Se realizará la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si la variable principal del estudio se comporta como una distribución normal y realizar la comparación con pruebas paramétricas, o por el contrario, pruebas no paramétricas si no siguiera una distribución normal.

Para estudiar la relación en las variables cualitativas se utilizará la prueba de Chi cuadrado. En las variables cuantitativas, se utilizará la correlación o

regresión lineal. En caso de comparación entre variable cuantitativa y cualitativa, se utilizará la T de Student y ANOVA (en caso de ser necesario el uso de test no paramétricos, se utilizarán el test de U Mann-Whitney y el test de Kruskal-Wallis).

Para la representación de los datos obtenidos se utilizarán *boxplot* (suministra información sobre los valores mínimo y máximo, los cuartiles Q1, Q2 o mediana y Q3, y sobre la existencia de valores atípicos y la simetría de la distribución) (20).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A todos los participantes se les informará verbalmente sobre el estudio, aclarando sus dudas, además se les entregará una hoja informativa y el consentimiento informado por escrito (Anexos 2,3 y 4) con las características del estudio, solicitando su participación voluntaria.

El investigador asegura la confidencialidad de la información, en todas las fases del estudio.

El estudio tiene en cuenta los principios éticos básicos y los enunciados en la Declaración de Helsinki (Revisión de Fortaleza 2012) y en el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Oviedo,1997). También se contempla la legislación sobre protección de datos (Ley Orgánica 15/1999, de13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y su Reglamento de desarrollo RD 1720/2007)) y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información documentación clínica.

El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del hospital de referencia (21).

4.8 CRONOGRAMA

La realización de la intervención se llevará a cabo de acuerdo con la siguiente planificación:

ACTIVIDAD	FECHA INICIO	FECHA FIN
Búsqueda bibliográfica y elaboración del Proyecto	01/09/13	28/04/14
Presentación del Proyecto	29/04/14	29/04/14
Presentación al Comité de Ética	05/01/15	01/03/15
Captación de Participantes	10/03/15	31/03/15
Intervención	06/04/15	29/05/15
Análisis de los Resultados	01/06/15	15/07/15
Comunicación de los Resultados	15/09/15	15/09/15

Tabla 1: Cronograma.

4.9 RECURSOS NECESARIOS Y PRESUPUESTO

PERSONALES

Enfermera Residente en Salud Mental, que será quien dirija el taller, acompañada de otro enfermero residente o especialista en Salud Mental.

Honorario Investigador Principal (IP): 1000 €.
Honorario Asistente IP: 200 €.

MATERIALES

- Lugar: las sesiones se desarrollarán en un aula habilitada en CIDT, de acuerdo con la disponibilidad. Será del tamaño suficiente para que puedan estar todos los participantes en el estudio de manera cómoda.

MATERIAL	PRESUPUESTO
Mesa	200 €
Sillas (10 unidades)	250 €
Colchonetas (10 unidades)	200 €
Ordenador Portátil	500 €
Cds (paquete de 10 unidades)	9 €
Carpeta (1 unidad)	4 €
Folios (paquete 100 unidades)	2 €
Bolígrafos (10 unidades)	5 €
Pinturas (2 paquetes de 24 unidades)	12 €
Vasos de plástico (10 unidades)	5 €
Cuestionarios (Manual + Plantillas)	156 €
Objetos musicales para sesión 5	50 €
Total	1393 €

Tabla 2: Material y Presupuesto.

AUDITIVOS

Para la realización de la intervención se precisan diferentes piezas musicales. Se han seleccionado algunos temas de utilidad contrastada para esta patología y otros basados en sus características, como: ritmo, melodía o instrumentos utilizados, estando siempre abiertos a las sugerencias y aportaciones de los participantes. Ver Anexo 9.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). La depresión. [Internet] [Acceso 25 septiembre 2013]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

2. Méndez Luengo MA, Muñoz Bermejo M, Sevilla Cantero LA. Enfermería ante la depresión. Boletín de Enfermería de Atención Primaria [Internet] 2006 [Acceso 13 octubre 2013]; 3(6):1-16. Disponible en: http://www.slideshare.net/elgranwinkler02/boletin-enfermeria3-2006.

3. Hsu WC, Lai HL. Effects of music on major depression in psychiatric inpatients. Arch Psychiatr Nurs. 2004; 18(5): 193-199.

4. Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión. [Internet] [Acceso 14 diciembre 2013]. Disponible en: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion.pdf

5. Oxenstein S. El impacto de la Música en las emociones. [Internet] 2008 [Acceso 29 septiembre 2013]. Disponible en: http://www.adpps.com/descargas/trabajos/001-ElImpactoDeLaMusicaEnLasEmociones-SaraOxenstein.pdf

6. Soler Insa PA, Gascón Barrachina J. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 3ª ed. [Internet] [Acceso 11 enero 2014]. Disponible en: http://www.suicidioprevencion.com/pdf/RTM3.pdf

7. Álvarez López MA. Evaluación e Intervención del riesgo suicida. [Internet] [Acceso 23 enero 2014]. Disponible en: http://www.saludmentalextremadura.com/fileadmin/documentos/Otros/Jornada_Seguridad_Paciente_en_Salud_Mental/2o_PONENCIA_EVALUACION_E_INTERVENCION_DEL_RIESGO_SUICIDA__2_.pdf

8. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2012-2014. Elsevier España. 2013.

9. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier Health Sciences. 2013.

10. Gigante Pérez C. Análisis de respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales, ante el estímulo musical en una muestra de jóvenes universitarios [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología; 2013.

11. Fernández D. La Musicoterapia y el hombre. [Internet] [Acceso 14

diciembre 2013]. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/81314771/Monografia-sobre-Musicoterapia.

12. Benenzon R. Musicoterapia. De la teoría a la práctica. Ediciones Paidós Ibérica, SA; 2000.

13. Salas Pino L. Terapia Musical en pacientes psiquiátricos con conductas suicidas. Nure Investigación. 2004; (4): 1- 10.

14. McCaffrey R. Locsin RC. Music listening as a nursing intervention: a symphony of practice. Holist Nurs Pract 2002; 16(3):70–77.

15. Puig Llobet M, Lluch Canut MT. Eficacia de la Musicoterapia en el contexto de la promoción de la Salud Mental. Metas de Enferrn. 2012; 1 5(9): 58-61.

16. Pereda Acosta M. Explorando la Teoría General de Orem. Enf neurol (Méx). 2011; 10(3): 163-67.

17. Liu X, Niu X, Feng Q, Liu Y. Effects of five-element music therapy on elderly people with seasonal affective disorder in a Chinese nursing home. J Tradit Chin Med. 2014 Apr; 34(2):159-61.

18. Maratos AS, Gold C, Wang X, Crawford MJ. Musicoterapia para la depresión (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

19. Chen X. Active music therapy for senile depression. Chinese Journal of Neurology and Psychiatry 1992; 25:208-10.

20. Martínez González MA, Sánchez Villegas A, Faulín Fajardo J. Bioestadística amigable. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2006.

21. Toro Flores R. Aspectos Ético- Legales en Salud Mental. 2013. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

22. The Cinematic Orchestra. [Internet] [Acceso 23 diciembre 2014] http://www.ciao.es/Crimson_Wing_Mystery_Of_The_Flamingos_The_Original_Soundtrack_Cinematic_Orchestra_The__Opinion_1970069/SortOrder/1

23. Ramírez Ros MC. ¡Oh, Fortuna! de Carmina Burana, Carl Orff. [Internet] 2010 [Acceso 12 febrero 2014]. Disponible en: http://fuentemusica.blogspot.com.es/2010/05/oh-fortuna-de-carmina-burana-carl-orff.html

24. Martín Ruiz C. BSO Carros de Fuego. [Internet] [Acceso 27 enero 2014]. Disponible en: http://citywiki.ugr.es/wiki/Proyectos_3_grupo_E/trabajos1011/procesos_creativos/elecciones_m%C3%BAsica/BSO_Carros_de_fuego

25. Cuaderno Contable. 70-MANÍA. [Internet] [Acceso 21 enero 2014]. Disponible en: http://hjorgev.wordpress.com/musica-del-recuerdo/

26. Hernández García ME. Busindre Reel. Hevia. [Internet] 2012 [Acceso 3 febrero 2014]. Disponible en: http://musicaepica.blogspot.com.es/2012/01/busindre-reel-hevia.html

27. Guardiet i Bergalló MA. Guillermo Tell. Gran opera histórica. [Internet] [Acceso 21 enero 2014]. Disponible en: http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Musica/Concertosescolares/04_Gran_opera_historica_es.pdf

28. Montero Ponte L. Los clásicos. Guía didáctica. 2013-2014 [Internet] 2013 [Acceso 21 enero 2014]. Disponible en: http://www.sonfuturo.com/pdf/Guia_didactica_de_los_clasicos.pdf

29. Safri Duo. [Internet] [Acceso 21 enero 2014]. Disponible en: http://www.safriduo.dk/

30. Imagine Dragons. Continued Silence EP. [Internet] 2013 [Acceso 4 febrero 2014]. Disponible en: http://www.absolutepunk.net/showthread.php?t=2831002

31. Pasión por la música de cine. Dans la maison. Philippe Rombi.[Internet] 2013 [Acceso 27 diciembre 2014]. Disponible en: http://pasionbandasonora.blogspot.com.es/2013/09/dans-le-maison-en-la-casa-philippe-rombi.html

32. As I am. [Internet] [Acceso 15 enero 2014]. Disponible en: http://www.whosampled.com/sample/14080/Alicia-Keys-As-I-Am-(Intro)-Fr%C3%A9d%C3%A9ric-Chopin-Nocturne-No.-20-in-C-Sharp-Minor/

33. Hans Zimmer. [Internet] 2013 [Acceso 21 enero 2014]. Disponible en: http://www.hans-zimmer.com/index.php?rub=bio

34. David Guetta. [Internet] [Acceso 17 enero 2014]. Disponible en: http://www.allmusic.com/artist/david-guetta-mn0000213561/songs

35. Marc Anthony. [Internet] [Acceso 5 febrero 2014]. Disponible en: http://www.marcanthonyonline.com/es/

36. Can`t Hold us. Macklemore& Ryan Lewis. [Internet] [Acceso 12 enero 2014]. Disponible en: http://www.elanalistadecanciones.com/#!cant-hold-us/cqu9

37. Suite Bermasque. Debussy. [Internet] 2009 [Acceso 29 diciembre 2014]. Disponible en: http://dosostenidomenor.wordpress.com/page/13/

38. Aretha Franklin. [Internet] [Acceso 28 enero 2014]. Disponible en: http://www.rollingstone.com/music/artists/aretha-franklin/biography

39. Of Monsters and Men: My head is an animal. [Internet] [Acceso 28 enero 2014]. Disponible en: http://thatsweetsound.com/es/2012/05/21/of-monsters-and-men-my-head-is-an-animal/

40. I got you (I feel good). [Internet] 2013 [Acceso 10 febrero 2014]. Disponible en: http://lacanciondelasemana.wordpress.com/

41. John Newman. [Internet] [Acceso 17 enero 2014]. Disponible en: http://www.johnnewman.co.uk/home

42. Girls. Pharrel Williams. [Internet] [Acceso 9 febrero 2014]. Disponible en: https://itunes.apple.com/es/album/g-i-r-l/id823593445?ign-mpt=uo%3D4

43. La Música. [Internet] [Acceso 17 octubre 2013]. Disponible en: https://sites.google.com/site/musicoterapiamiguel/home

44. Mars Llopis V. Técnicas de relajación. El entrenamiento autógeno de Schultz. [Internet] [Acceso 16 Febrero 2014]. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/autogeno.htm

6. ANEXOS

6.1 DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA

[redacted]

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Código de protocolo del promotor: OE 03/2015
Versión/fecha del protocolo: -
Hoja de información al paciente/sujeto (versión/fecha): -

Título: "La intervención enfermera. Musicoterapia en personas con estado de ánimo depresivo".

Promotor: [redacted]
Investigador principal: [redacted] EIR Salud Mental
Tipo de estudio: Otros estudios

El Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital [redacted] en su reunión del 24 de Febrero de 2015 tras la respuesta a las aclaraciones solicitadas, considera que:

1. El estudio evaluado cumple los requisitos metodológicos y técnicos.
2. La competencia de los investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
3. Los riesgos y molestias previsibles de la investigación son aceptables en relación con los beneficios esperados.
4. El proceso de selección de los sujetos participantes es apropiado.
5. La hoja de información y el consentimiento informado son adecuados.
6. Se cumple el resto de los requisitos legales.

Emite un DICTAMEN FAVORABLE para la realización del estudio.

Lo que firmo en [redacted] a 26 de Febrero de 2015

[redacted]

Presidenta del CEIC

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

[redacted] o Director Médico del **Hospital Universitario Príncipe de Asturias,** y visto el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica.

C E R T I F I C A

Que conoce la propuesta realizada por [redacted] para que sea realizado en este centro el estudio titulado: **"La intervención enfermera. Musicoterapia en personas con estado de ánimo depresivo".**

CÓDIGO de protocolo: OE 03/2015

Que será realizado por [redacted] EIR del Servicio de Salud Mental de este Hospital, como Investigadora Principal.

Que acepta la realización de dicho estudio en este Centro, siempre que se cumplan las normas de buena práctica clínica y la legislación vigente.

Lo que firmo en [redacted] a 27 de febrero de 2015

EL DIRECTOR MÉDICO

[redacted]

6.2 DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Título del estudio: “La Intervención enfermera Musicoterapia en personas con estado de ánimo depresivo”.

Investigador Principal: [redacted] (Graduada Universitaria en Enfermería. Universidad [redacted] Enfermera Residente de Salud Mental en el Hospital [redacted]

Centro: Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento [redacted]

INTRODUCCIÓN

El objeto de este documento es ampliar la información sobre el estudio de investigación para el que se requiere su colaboración. A través de la implementación de la intervención enfermera Musicoterapia, se pretende conocer qué efectos tiene la Música sobre el estado de ánimo.

Entendemos que debe recibir la información concreta, correcta y suficiente para poder decidir si quiere o no participar en el estudio. Para ello le pedimos que lea la hoja informativa con atención, las dudas que le surjan serán aclaradas por nosotros.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su colaboración en este estudio es totalmente voluntaria y puede decidir no participar o cambiar su decisión en cualquier momento, retirando su consentimiento, sin ninguna repercusión para su tratamiento.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Los principales objetivos del estudio son:

- Determinar los efectos de la Música sobre el estado de ánimo.
- Proporcionar herramientas o recursos diferentes para afrontar los problemas.
- Aumentar el conocimiento de la Música y sus efectos.

Para conseguir estos objetivos, se ha planteado desarrollar esta intervención durante un periodo de un mes, con 2 sesiones semanales de 45-60 minutos cada una.

PROCEDIMIENTO DE ESTUDIO

La intervención se llevará a cabo en el CIDT "Francisco Díaz", en un aula habilitada adecuadamente, en la hora y día convenido.

Durante las sesiones, se le pedirá que conteste a cuestionarios relacionados con sus datos básicos, gustos musicales, etc. así como la cumplimentación de la Escala de Desesperanza de Beck y de la Depresión de Hamilton.

Se le pedirá que escuche determinadas piezas musicales y que exprese sus sentimientos, lo que piensa, etc. Así mismo, se requerirá su colaboración con las dinámicas propuestas.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE LA PARTICIAPCIÓN EN EL ESTUDIO

Con la participación en el estudio se espera que consiga mejorar su estado de ánimo y una sensación de bienestar dados los beneficios conocidos de la Música.

En principio, no existen riesgos derivados para su salud. Podría experimentar tristeza, ansiedad o nerviosismo en función de las sensaciones o efectos que la Música tenga en usted, pudiendo comunicarlo en cualquier momento.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos de carácter personal de todos las personas colaboradoras se ajustará a los dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y su reglamento de desarrollo (RD 127/2007, 21 diciembre). El responsable de fichero es el investigador principal que velará para que el tratamiento de los datos cumpla con los principios básicos de la protección de datos de carácter personal, garantizando el ejercicio de los derechos acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el Investigador Principal podrá relacionarlos con usted y con su documentación personal.

Usted puede tener acceso a los resultados de su informe solicitándolo al Investigador Principal.

Muchas gracias por su colaboración.

6.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: “La Intervención enfermera Musicoterapia en personas con estado de ánimo depresivo”.

Investigador Principal: [redacted] (Graduada Universitaria en Enfermería. Universidad [redacted] Enfermera Residente de Salud Mental en el Hospital U[redacted]

Centro: CIDT “Francisco Díaz” [redacted]

Yo (Nombre y Apellidos)…….

- He tenido una entrevista informativa con el Investigador Principal.
- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He hablado con…… (Nombre del investigador/colaborador).
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio.
  1º Cuando quiera.
  2º Sin tener que dar explicaciones.
  3º Sin que tenga ninguna repercusión en mi tratamiento.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del participante **Firma del investigador principal**

Fecha: **Fecha:**

6.4 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: “La Intervención enfermera Musicoterapia en personas con estado de ánimo depresivo”.

Investigador Principal: [redacted] (Graduada Universitaria en Enfermería. Universidad [redacted] Enfermera Residente de Salud Mental en el Hospital [redacted]

Centro: CIDT “Francisco Díaz” [redacted]

Yo (Nombre y Apellidos).....

- Revoco el Consentimiento informado otorgado para participar en la investigación.
- He hablado con.....
  (Nombre del investigador/colaborador).
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  1º Cuando quiera.
  2º Sin tener que dar explicaciones.
- 3º Sin que tenga ninguna repercusión en mi tratamiento y/o en mi asistencia sanitaria.

Firma del participante: **Firma del investigador principal:**

Fecha: **Fecha:**

6.5 CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

- **Identificación:**

- **Edad:**

- **Sexo:**
    - Hombre.
    - Mujer.

- **Estado Civil:**
    - Soltero.
    - Casado.
    - Viudo.
    - Divorciado.

- **Diagnóstico Principal:**

- **Año de diagnóstico:**

- **¿Le gusta escuchar música?**
    - Sí.
    - No.

- **¿Qué estilo de música le gusta?**

- **Nombre algún grupo de música o canción que le gusta.**

6.6 ESCALA HAMILTON *(HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE).* (HDRS)

Universidad Complutense Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica

Instrumentos - Material de Prácticas

Seleccionar, para cada ítem, la puntuación que mejor defina las características del paciente.

1.- Humor deprimido. (Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad).

0. Ausente.

1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.

2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.

3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.

4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

2.- Sensación de culpabilidad.

0. Ausente.

1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3. Suicidio.

0. Ausente.

1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.

2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.

3. Ideas de suicidio o amenazas.

4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica como 4).

4.- Insomnio precoz.

0. No tiene dificultades para dormirse.

1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.

2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.

5.- Insomnio medio.

0. No hay dificultad.

1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.

2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

6.- Insomnio tardío.

0. No hay dificultad.

1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.

2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

7. Trabajo y actividades.

0. No hay dificultad.

1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones.

2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).

3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos 3 horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones.

4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.

8.- Inhibición. (Lentitud de pensamiento y de palabra; facultad de concentración empeorada; actividad motora disminuida).

0. Palabra o pensamiento normales.

1. Ligero retraso en el diálogo.

2. Evidente retraso en el diálogo.

3. Diálogo difícil.

4. Torpeza absoluta.

9.- Agitación.

0. Ninguna.

1. “Juega” con sus manos, cabellos. etc.

2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

10.- Ansiedad psíquica.

0. No hay dificultad.

1. Tensión subjetiva e irritabilidad.

2. Preocupación por pequeñas cosas.

3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.

4. Temores expresados sin preguntarle.

11.- Ansiedad somática. Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retorcijones, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, cefalalgias); respiratorios (hiperventilación, suspiros); frecuencia urinaria; sudación.

0. Ausente.

1. Ligera.

2. Moderada.

3. Severa

4. Temores expresados sin preguntarle.

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales.

0. Ninguno.

1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.

2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

13.- Síntomas somáticos generales.

0. Ninguno.

1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.

2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14.- Síntomas genitales

Síntomas como pérdida de libido y trastornos menstruales.

0. Ausente.

1. Débil.

2. Grave.

3. Incapacitante.

15.- Hipocondría.

0. No la hay.

1. Preocupado por sí mismo (corporalmente).

2. Preocupado por su salud.

3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.

4. Ideas delirantes hipocondríacas.

16.- Pérdida de peso (completar A o B).

A) Según manifestaciones del paciente (primera valoración)

0. No hay pérdida de peso.

1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.

2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).

B) Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) (por término medio)

0. Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana.

1. Pérdida de más de 500 gr en una semana.

2. Pérdida de más de 1 kg en una semana.

17.- Insight (conciencia de sí mismo).

0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

2. Niega que esté enfermo.

Fuente: Universidad Complutense de Madrid.

6.7 ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (*HOPELESSNESS SCALE)*

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.

V F

2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.

V F

3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.

V F

4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.

V F

5. Tengo bastante tiempo libre para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.

V F

6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.

V F

7. Mi futuro me parece oscuro.

V F

8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.

V F

9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.

V F

10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.

V F

11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.

V F

12. No espero conseguir lo que realmente deseo.

V F

13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.

V F

14. Las cosas no marchan como yo quisiera.

V F

15. Tengo una gran confianza en el futuro.

V F

16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.

V F

17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.

V F

18. El futuro me parece vago e incierto.

V F

19. Espero más bien épocas buenas que malas.

V F

20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.

V F

Fuente: Universidad Complutense de Madrid.

6.8 ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)

Universidad Complutense Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica

Instrumentos - Material de Prácticas

Lea cada frase y rodee con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo se SIENTE AHORA MISMO, en este momento. No emplee demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta.

	Nada										**Mucho**
Me siento nervioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento irritado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento alegre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento melancólico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento tenso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento optimista	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento alicaído	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento enojado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento optimista	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento alicaído	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento enojado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento ansioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento apagado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento molesto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me siento jovial |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento intranquilo |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento enfadado |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento contento |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento triste |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fuente: Universidad Complutense de Madrid.

6.9 AUDICIONES

La selección de una obra o fragmento para la audición requiere contemplar diferentes aspectos:

- La duración de la obra, tratando de que su extensión no sea muy larga para mantener el interés de los participantes y no provocar sensación de incomodidad, cansancio o aburrimiento. Cuando se trata de fragmentos, es conveniente procurar que conserven coherencia entre ellos, y que no se trate de trozos aislados y sin continuidad. En la selección de obras, se irá trabajando progresivamente la capacidad de escuchar piezas cada vez más largas.
- La claridad de los elementos de la pieza musical, que permita comprender la obra y su significado.
- La variedad de elementos presentes en la obra, que puede ofrecer la oportunidad de extraer ideas, que favorezcan la reflexión y puesta en común posterior.
- El atractivo y la calidad musical, para generar el compromiso afectivo de los pacientes (11,12).

Se describen a continuación el conjunto de audiciones necesarias para la realización de la intervención.

1. **Opening titles. The Cinematic Orchestra. The Crimson Wing: Mystery of the Flamingos. 2008 (3:30).**

Descripción: The Cinematic Orchestra es una banda británica de jazz y electrónica, creada en 1999 por Jason Swinscoe. Además de Swinscoe, la banda incluye a Patrick Carpenter en tornamesas, Lucas Flores (tambores), Tom Chant (saxofón),Nick Ramm (piano), Stuart McCallum (guitarra) y Phil Francia (contrabajo). Grabaron la banda sonora de la película de Disneynature, *The Crimson Wing: Mystery of the Flamingos* en colaboración con la Orquesta Metropolitana de Londres. En 2009 ganaron el premio a la mejor banda sonora en el *Jackson Hole Wildlife Festival* en *Wyoming.*

La primera pieza de la banda sonora comienza con un arranque dulce, dominado por la guitarra y tras ella, aparecen las cuerdas. La melodía del piano, enfrentada a la tensión del cello resulta formidable (22).

http://www.youtube.com/watch?v=gcvP2OeiVkk

2. **Arrival of the birds. The Cinematic Orchestra. The Crimson Wing: Mystery of the Flamingos. 2008 (2:30).**

Descripción: los violines y violas muestran cierta melancolía que contrasta con el piano. Hay algo profundamente conmovedor en la armonía final, un aire de derrota que impacta (22).
http://www.youtube.com/watch?v=d9UqEa15jyk&feature=related

3. **The dance. The Cinematic Orchestra. The Crimson Wing: Mystery of the Flamingos. 2008 (3:30).**

Descripción: contagiosa y divertida, la pieza más jovial de todo el libreto. A través de las castañuelas y la percusión se inicia el baile. Se trata de una composición exótica con influencias del flamenco, la música caribeña, los ritmos africanos y algo de samba (22).
http://www.youtube.com/watch?v=rGdEHkxGOFg

4. **Carmina Burana (O Fortuna). Carl Orff (dirigida por André Rieu). 1935-36 (3:36).**

Descripción: Carl Orff (1895- 1982) compuso la música, de inspiración medieval, con amplia cantidad de recursos: gran orquesta y coro, con melodías que contienen fuertes cambios de intensidad, contrastes tímbricos y un uso destacado de instrumentos de percusión. La obra fue estrenada en 1937, en Frankfurt.

Fortuna es sin duda, la pieza más famosa de este trabajo, La pieza comienza con un timbal golpeando y un gran coro, continúa de manera atrapadora el texto (latín) y la melodía, que se repiten interminablemente (23).
http://www.youtube.com/watch?v=EJC-_j3SnXk

5. **Chariots of Fire. Vangelis. 1981 (9:58).**

Descripción: la composición musical es una obra creada para la película "Carros de fuego". En esta película se muestra el esfuerzo y la superación de las personas para conseguir un objetivo: ganar en las olimpiadas.

La pieza musical comienza con trompetas al inicio y con un ritmo constante de percusión que se mantendrá a lo largo de la canción. Utiliza instrumentos fuertes, simbolizando el esfuerzo y trabajo constante que se antecede al triunfo, representado por el piano, reforzado más tarde por el acompañamiento de la orquesta.

Su construcción produce la impresión de algo claro y transparente. Es posible seguir, uno a uno, los elementos melódicos, armónicos y rítmicos de esa música (24).

http://www.youtube.com/watch?v=u6GiDC2bx40

6. **Gonna Fly Now. Bill Conti. 1977 (2:38).**

Descripción: se trata del tema más conocido de la película *Rocky*, con letra de Carol Connors y Ayn Robbins, e interpretada por DeEtta Little. La versión de Conti revela cierta influencia temprana de la música disco en la orquestación. Aunque posee una melodía repetitiva, los acordes fuertes y dinámicos son capaces de mostrar la motivación y energía que transmiten sus instrumentos. En esta moderna versión, los metales y la percusión llevan el peso de la pieza (25)

http://www.youtube.com/watch?v=YC2GmWjJBho

7. **Busindre Reel. (Tierra de Nadie). José Ángel Hevia. 1998 (4:33).**

Descripción: perteneciente a su primer disco, esta canción le proporcionó el éxito a Hevia. La canción no tiene letra como tal, sino que a la mitad de la pieza se escucha una voz femenina. El resto de la canción es instrumental, Hevia no utiliza su gaita electrónica hasta la mitad, al principio utiliza una gaita asturiana, también conocida como gaita astur-cántabra, esta se diferencia de otras por su tamaño, tubos con mayores dimensiones, etc.

La canción va acompañada de unas imágenes de diferentes paisajes, de manera que sirva para dejar volar la imaginación y que afloren las diferentes sensaciones al combinar los estímulos por la parte visual y auditiva (26).

https://www.youtube.com/watch?v=z_Q08cOPqgc&list=PL3STrVJ3R2ZuaHMzEU2bSGrM6LRpSB4Jw

8. **Guillermo Tell. Obertura. G. Rossini. 1829 (3:58).**

Descripción: la última ópera de Rossini se recuerda principalmente por su famosa Obertura. Su final enérgico es muy conocido, la obra se divide en cuatro partes, bien enlazadas entre sí:

- **El Preludio** es un pasaje lento, comenzando con cinco violonchelos solos, el resto de los violonchelos y, finalmente, los contrabajos.
- **La Tormenta** es una sección dinámica interpretada por toda la orquesta, con la fuerza de los trombones.
- **El *Ranz des Vaches,*** o llamada a las vacas lecheras, presenta el corno inglés y la flauta.
- **El *Finale*** es un *galop* "carga de caballería", iniciado por las trompas y trompetas, se interpreta con toda la orquesta (27).

http://www.youtube.com/watch?v=EnnU-ptbFEA

9. **Las 4 estaciones (primavera). Antonio Vivaldi. 1726 (10:58).**

Descripción: se trata de una obra descriptiva que trata de representar, a través de la Música, las estaciones del año. La primavera es uno de los conciertos solistas para violín que forman parte del II *cimento dell´armonía e dell´invenzione* (Ensayo de la armonía y la invención). Vivaldi introdujo en la partitura explicaciones escritas de aquello que describe mediante la Música: "el canto de los pájaros, los truenos, etc.". Esta obra está compuesta para violín solista y orquesta barroca de cuerda: violines, violas, violonchelos, contrabajos y clavicémbalo. Consta de tres movimientos (28).

http://www.youtube.com/watch?v=c3oXiHpPsVk

10. **Gaviotas en el mar, sonidos de la naturaleza, relax, relajante, relaxing, relaxation. Relax y meditación. 2013 (1:00:19).**

Descripción: en la pieza se escuchan los sonidos grabados en directo en una playa. Se escoge esta música para favorecer la relajación y facilitar la concentración de la historia narrada por el terapeuta.
http://www.youtube.com/watch?v=oY6jheX9agw

11. **Played-A-live (The Bongo Song.). Safri Duo. 2001 (3:11).**

Descripción: Safri Duo es un grupo danés de música trance y dance que destaca por el uso de las percusiones, cuyos miembros son Uffe Savery y Morten Friis. En su Música destacan los instrumentos rítmicos sobre todo africanos y las marimbas. El resto son teclados y sintetizadores (29).
http://www.youtube.com/watch?v=YzhqBiSE7eY

12. **On top of the world. Imagine Dragons. 2012 (3:10).**

Descripción: se trata de una banda de rock originaria de Las Vegas, Nevada, formada en 2008. Sus miembros son Dan Reynolds (voz principal, percusión, guitarra), Ben McKee (bajo, coros), Wayne Sermon (guitarra, coros, cello) y Daniel Platzman (batería, viola, coros). En este caso, el tema cuenta con gran acompañamiento rítmico de percusión, palmas incluidas, que invita al movimiento, mostrando una gran vitalidad. Así mismo, destaca la voz, sobretodo en el estribillo (30).
http://www.youtube.com/watch?v=w5tWYmIOWGk

13. **Final et générique de fin - Dans la maison. (En la Casa BSO). Philippe Rombi. 2012 (3:48).**

Descripción: dirigida por François Ozon, *"Dans La Maison"* es una producción del año 2012. El francés Philippe Rombi compone, orquesta y dirige este trabajo en donde, el piano se reparte el protagonismo con la sección de cuerda. La banda refuerza el misterio de la película. La Música resulta sobria, elegante y refinada con momentos verdaderamente inquietantes (31).
http://www.youtube.com/watch?v=6twR9u1Xtjc&list=PLfVwBmc_1FHfrVaMbJLmIiJ2o8LAWLuGO

14. It`s time. Imagine Dragons. 2012 (3:58).

Descripción: tema cargado de matices, destacando la percusión y sobre todo, la intervención de la bandurria que sobresale de forma notable, haciendo que suene en conjunto como un tema alegre y dinámico (30).
http://www.youtube.com/watch?v=sENM2wA_FTg&feature=kp

15. As I am (Intro). Alicia Keys. 2012 (1:53).

Descripción: la cantante estadounidense, famosa por sus composiciones de R&B y soul interpreta esta obra que contiene una interpolación del Nocturno en Do sostenido menor de Frédéric Chopin. Destaca el cambio que se produce, tras el solo de piano, pasando a cambios de ritmo más marcados y enérgicos, que sorprenden al oyente (32). http://www.youtube.com/watch?v=5Ic8aI-65x8

16. Tennessee. (BSO Pearl Harbor). Hans Zimmer. 2001 (3:39).

Descripción: Zimmer es un compositor de bandas sonoras cinematográficas, pionero en la integración de música electrónica y arreglos orquestales tradicionales. Es ganador de premios cinematográficos como los Globos de oro, BAFTA, *Emmy, Saturn, Grammy,* además de un *Óscar* de la Academia por su trabajo en El rey león. Compositor de la BSO de Pearl Harbor, destaca en este tema el piano, sus matices y la emoción y melancolía que transmite, acompañados por una voz femenina hacia el final del tema (33).
http://www.youtube.com/watch?v=vzvVsNIWRhM

17. Drink up me hearties (BSO Piratas del Caribe). Hans Zimmer. 2007 (4:42).

Descripción: banda sonora rítmica, compuesta por instrumentos de viento y cuerda. Resulta interesante ver el avance de la obra, con los continuos cambios de ritmo, la emoción que provoca y el cómo se trata a un tema clásico, que aparece mezclado con otros temas de la película (33).
http://www.youtube.com/watch?v=KsimX_A2Uyo

18. Titanium ft. Sia. David Guetta. 2011 (4:05).

Descripción: David Guetta es un disc-jockey de música electrónica y productor discográfico francés, especializado en sonido electropop y dance. El tema es una balada dentro de los géneros del pop, house y urban-dance. Su letra habla sobre la fuerza interior. La introducción de la canción tiene un toque de los años ochenta. Destaca el uso de los sintetizadores y los rasgueos de guitarra (34).

http://www.youtube.com/watch?v=JRfuAukYTKg&feature=kp

19. Vivir mi Vida. Marc Anthony. 2013 (5:26).

Descripción: el intérprete de ascendencia puertorriqueña recibió un disco de oro por las altas ventas del álbum, del que se desprende "Vivir mi vida", un tema de salsa que impuso un récord al mantenerse 17 semanas consecutivas a la cabeza de la lista *Hot Latin Songs* de *Billboard*. El cantante escribió la pieza, con la colaboración de Julio Reyes Copello. Combina el ritmo latino, la salsa y el pop, utilizando el teclado, bajo eléctrico, tambor, timbal o violín (35).

http://www.youtube.com/watch?v=YXnjy5YlDwk&feature=kp

20. Can't Hold Us. Macklemore & Ryan Lewis. 2012 (7:04).

Descripción: este tema se ha convertido en un poderoso himno con aplausos, *foot-stompin,* música gospel y una propulsión de ritmos con lo mejor del rap. Destaca la utilización del piano, el ritmo poderoso, las trompetas, la voz de Ray Dalton en el coro, los gritos a lo largo de la melodía y la pequeña intervención de la voz de Susannah Wetzel. Las transiciones son muy importantes en la canción y su intensidad está presente desde el minuto cero (36).

http://www.youtube.com/watch?v=2zNSgSzhBfM&feature=kp

21. Suite Bergamasque. Claude Debussy. 1905 (24:02).

Descripción: se trata de una suite para piano en varios movimientos. Aunque fue escrita en 1890, la obra no se publicó hasta 1905. La Suite toma su nombre de las máscaras de la *Commedia dell'Arte* de Bérgamo y está inspirada en las *Fêtes galantes* (Fiestas galantes) de Verlaine. Está dividida en cuatro piezas:

un Preludio, un Minueto, el Claro de luna (la pieza más popular de Debussy) y un dinámico y contrastante Pasapiés (37).
http://www.youtube.com/watch?v=bGcEYALnk8s

22. Think. Aretha Franklin. 1968 (3:14).

Descripción: Aretha Franklin es una cantante de soul, R&B y gospel. Nació en 1942 en Memphis (Tennessee). Es para algunos una de las artistas más influyentes en la Música contemporánea. La canción *Think* se convirtió en un himno feminista, llegando al número 7 del *Billboard Hot 100*, y copando lo más alto de las listas de música negra. La imponente voz de la cantante, unido al ritmo y a los coros es capaz de transmitir la energía de este tema (38).
http://www.youtube.com/watch?v=hsL9UL9qbv8&feature=kp

23. Little Talks. Of Monsters and Men. 2011 (4:14).

Descripción: es una canción de la banda islandesa de indie folk e indie pop Of Monsters and Men. Seis miembros componen el grupo: Nanna Bryndís Hilmarsdóttir y Ragnar Þórhallsson ambos cantan y tocan guitarra acústica, creando un equilibrio entre voces femenina y masculina. Árni Guðjónsson no solo toca piano y órgano, sino también el acordeón. El guitarrista Brynjar Leifsson, el bajista Kristján Páll Kristjánsson, y el baterista Arnar Rósenkranz Hilmarsson hacen el resto de la banda. Es la más energética y ecléctica pieza del álbum. El ritmo acelerado y las trompetas toman el protagonismo (39).
http://www.youtube.com/watch?v=ghb6eDopW8I

24. I got you (I feel Good). James Brown. 1966 (2:45).

Descripción: James Brown fue un cantante de soul, funk y rock estadounidense. Esta canción es un excelente ejemplo de lo que es una pieza del género funk, que consiste, en un ritmo algo rápido y arreglos complejos, acompañados de una sólida sección de metales (trompeta, saxofones y trombón), derivado de la música soul (de ritmo más lento) (40).
http://www.youtube.com/watch?v=U5TqIdff_DQ

25. Love me again. John Newman. 2013 (3:56).

Descripción: se trata de la canción con la que el cantante y compositor británico se dio a conocer. La canción es de estilo pop, aunque con claras influencias del soul. Los instrumentos utilizados, especialmente las cuerdas y el piano invitan a moverse. Rememora la música de los años ochenta, combinando toques clásicos y modernos (41).
http://www.youtube.com/watch?v=CfihYWRWRTQ&feature=kp

26. When I am Gone (Pitch Perfect). Anna Kendrick. 2012 (4:21).

Descripción: se propone la dinámica de los vasos o "*cups*" siguiendo el video elegido. La canción destaca principalmente por la percusión y el ritmo creado que invita a seguirlo.
https://www.youtube.com/watch?v=cmSbXsFE3l8

27. Happy. Pharrell Williams. 2013 (4:06).

Descripción: incluida en la banda sonora de Mi villano favorito 2, lideró las listas de sencillos desde su lanzamiento y ha sido nominada a un premio *Óscar* de la Academia en la categoría de Mejor Canción Original. El mensaje positivo que transmite la canción es acompañado por las palmas, el ritmo y los coros, que dotan a este tema de un estilo pop- soul, R&B (42).
http://www.youtube.com/watch?v=y6Sxv-sUYtM

6.10 IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA MUSICOTERAPIA

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN

Antes de comenzar, se administrará la Escala de Desesperanza de Beck para conocer la puntuación de partida y tomarla como referencia, así como la escala EVEA. Se pedirá, asimismo, la cumplimentación de un cuestionario sociodemográfico, que incluye variables de interés para su estudio posterior. Ver Anexo 5.

Se presentarán la enfermera y el resto de compañeros utilizando la dinámica "¿Cuál es su nombre?", de manera que sirva para romper el hielo y crear un ambiente distendido.

Objetivos:

- Desarrollar la capacidad de atención.
- Estimular la creatividad.
- Reforzar la memoria.
- Trabajar la relación del yo con el otro.
- Mejorar el conocimiento de los miembros del grupo.
- Favorecer la estima de los demás.
- Aumentar la participación y expresión dentro del grupo.

Procedimiento:

Sentados en círculo, cada uno de los miembros del grupo dice su nombre en voz alta y lo asocia con un ritmo, para ello, puede utilizar palmas, pitos, patadas al suelo, objetos, etc. Se pide al grupo que trate de repetir el nombre y el ritmo con el que se presentó cada miembro del grupo, de manera acumulativa y hasta completar todos los miembros. En caso de que no se acuerden se pedirá a la persona que lo repita y todos juntos lo imitarán (43).

Posteriormente se pedirá a cada uno de los integrantes del grupo que exprese sus expectativas respecto a la intervención y que defina en una palabra su

estado actual, cómo se siente, cómo se encuentra, su sensación en ese momento.

También se preguntará por sus gustos musicales, el papel que tiene o ha tenido la Música en sus vidas, de manera que sirva para completar la presentación y para involucrarles más dentro del objeto de la intervención.

Más adelante se propondrá a los participantes la audición de las piezas musicales seleccionadas.

Objetivo:

- Identificar y comunicar las sensaciones, emociones provocadas, sentimientos, recuerdos, imágenes, etc.

Procedimiento:

Sentados cómodamente y con los ojos cerrados escucharán las piezas musicales propuestas, la escucha dará pie, posteriormente, a comentar sus sensaciones, las emociones provocadas, sus sentimientos, recuerdos, imágenes, etc.

Las piezas seleccionadas para esta primera sesión serán: **Audiciones 1, 2 y 3.**

Al finalizar la sesión, se pedirá a cada uno de los participantes que piensen en una canción que les guste, que represente su estado de ánimo actual, sus pensamientos y sentimientos o que, por el contrario, les gustó en el pasado o es cómo les gustaría sentirse, en definitiva, una canción que signifique algo para ellos y que deberán traer a la próxima sesión para trabajar con ella.

A modo de despedida, se expresará si su estado ha cambiado a lo largo de la sesión, cómo se sienten una vez finalizada la sesión.

Se pedirá nuevamente la cumplimentación de la Escala de Desesperanza de Beck y la escala EVEA, para comprobar si realmente hubo algún cambio. Se ha elegido la cumplimentación del cuestionario antes y después de la sesión para

poder establecer que los cambios se deban a la intervención realizada y no a otra circunstancia externa. Respecto a la escala EVEA, esta se basa en afirmaciones sobre cómo se encuentra en el momento actual, dichas sensaciones o emociones pueden variar durante el desarrollo de la sesión y eso es lo que se tratará de cuantificar con la escala, cómo afecta la música al estado de ánimo durante la sesión. En lo referente a la escala de Beck, aunque es cierto que hace preguntas relacionadas con el futuro o incluso experiencias pasadas, cuando se pide que se conteste al cuestionario es siempre basándose en las emociones y sentimientos del momento, está claro que las experiencias pasadas o las perspectivas de futuro se interpretan de manera diferente dependiendo del estado de ánimo actual, que es lo que trata de medirse, respondiendo al cuestionario sobre el “aquí y ahora”.

SESIÓN 2: ESCUCHAR, SENTIR, CREAR

Al comienzo de la sesión se pedirá a los participantes que reflejen su estado de ánimo o situación actual en una palabra.

A continuación, se recogerá en una lista las canciones seleccionadas que se pidieron al final de la sesión anterior.

La sesión comenzará escuchando una pieza seleccionada y debatiendo posteriormente los sentimientos que les provocan, las sensaciones que transmite, cómo se han sentido, etc. La pieza seleccionada en este caso es: **Audición 4.**

Posteriormente se realizará otra dinámica.

Objetivo:

- Conocer cómo se siente cada uno de los participantes.
- Desarrollar la capacidad de mostrar a los demás el estado de ánimo propio.
- Identificar cómo influyen las interferencias y factores externos en el propio ritmo.
- Trabajar la capacidad de adaptación al cambio, nuevas situaciones.

Procedimiento:

La siguiente dinámica consistirá en que muestren a través de sonidos cómo es su ritmo interno. Se pueden utilizar los pies, las manos, los brazos, hacer sonidos con la boca, etc. toda forma de expresión es válida. Se analizará el ritmo, el sonido, la intensidad y demás características. Comenzará una persona y el resto de compañeros le seguirán cuando vean que son capaces de coordinarse con el movimiento y sintonizar con el ritmo de cada compañero.

Esta dinámica dará lugar al posterior análisis de lo ocurrido; cómo se ha interpretado el gesto de cada compañero, cómo se ha sentido, las dificultades de seguir su ritmo, si el hecho de que los compañeros imitasen su estado hizo que éste se modificara, etc.

A continuación se escucharán otras piezas musicales preparadas y se hablará y reflexionará sobre ellas. **Audiciones 5 y 6.**

Finalmente se pedirá, a modo de despedida describir su estado después de la sesión, para ver si ha cambiado algo respecto al inicio de la misma.

SESIÓN 3: COMPARTIR, TRANSMITIR Y VISUALIZAR

Siguiendo la dinámica de sesiones anteriores, se preguntará al comienzo de la sesión cómo se encuentran, describiendo su estado con una palabra.

A continuación, se trabajará con las canciones elegidas por cada uno de ellos. Se procederá a escuchar cada una de ellas sin decir a quién corresponde, de manera que mientras se analiza cada pieza (letra, ritmo, melodía, intensidad, sentimientos provocados, etc.) traten de adivinar a quién corresponde cada canción.

El hecho de llevar cada participante una canción sirve para poder darse a conocer, para compartir con los demás una parte de ellos y puede ayudar a comunicar su estado de ánimo o sentimientos de una manera más fácil.

Finalmente, se visualizará un video.

Objetivo:

- Potenciar las emociones surgidas mediante la combinación de estímulos auditivos y visuales.
- Comparar las impresiones antes y después de incorporar la música.

Procedimiento:

Primero, sólo se verán las imágenes, sin sonido, de manera que de pie a comentar lo que transmiten las imágenes, y que tipo de música se espera que acompañe al video. Después, se escuchará el vídeo completo con sonido. **Audición 7**

Para concluir la sesión, se analizará cómo ha transcurrido la misma, si han sentido cambios en su estado anímico y cómo se encuentran.

SESIÓN 4: ESCUCHAR, IMAGINAR, PLASMAR

Para dar comienzo a la nueva sesión, se pedirá nuevamente la descripción del estado en el que acuden al taller, cómo se encuentran.

Se pedirá a los participantes que nuevamente cumplimenten la Escala de Desesperanza de Beck y la escala EVEA, de manera que se pueda ir viendo la evolución en sus puntuaciones y analizarlo posteriormente.

A continuación se realizará la dinámica propuesta.

Objetivos:

- Expresar a través de un dibujo las emociones que provoca la Música.
- Analizar los dibujos realizados: la distribución en el papel, los detalles, colores utilizados, los trazos, etc. Así como las impresiones o emociones que genera cada obra.

Procedimiento:

La dinámica principal de esta sesión consistirá en escuchar diferentes piezas seleccionadas mientras se les pide a los participantes que realicen un dibujo

que comunique las sensaciones, recuerdos o pensamientos que les está transmitiendo la Música, pueden incorporar palabras si así lo precisarán.

A menudo, expresar lo que uno siente a través de palabras es complejo, utilizar el dibujo como medio de plasmar las emociones que transmite la Música puede facilitar la expresión.
Las piezas elegidas para escuchar mientras se realiza la dinámica serán: **Audiciones 8 y 9.**

Finalmente, se realizará otra dinámica.
Objetivos:

- Intentar conseguir un estado de relajación.
- Prestar atención a las características de la música elegida.

Procedimiento:
Se procederá a escuchar una pieza seleccionada mientras se pide a los participantes que se tumben sobre las colchonetas, con los ojos cerrados.

Al tiempo que se escucha la pieza musical, la enfermera narrará una historia. Lo hará con voz pausada, relajada y tranquila, cuidando la entonación y los silencios, haciendo especial hincapié en las frases que hacen referencia a un estado de bienestar. Finalmente, poco a poco irán abriendo los ojos y levantándose.

Ejemplo de historia: Vamos descalzos por el asfalto, notamos el calor en los pies, muy cerca vemos una playa vacía, con el agua muy azul y cristalina, caminamos hacia ella y notamos en los pies la arena, fina y calentita, y nos sentimos tan a gusto… (silencio); vemos una hamaca y nos tumbamos al sol, estamos tan bien… (silencio); sentimos calor, así que nos metemos en el agua, notamos poco a poco como nos refresca, primero los pies , luego las piernas, la cintura, el pecho y la cabeza, estamos muy relajados… (silencio); vemos una colchoneta y nos tumbamos, notamos como el sol seca nuestro cuerpo, estamos tan a gusto… (silencio); Poco a poco vamos abriendo los ojos (16).
Audición 10.

Para acabar la sesión se pedirá a los participantes que comenten su estado actual. Se pedirá que se vuelva a rellenar la Escala de Desesperanza de Beck y la EVEA para comprobar si hay alguna evolución, con la mitad de las sesiones realizadas.

SESIÓN 5: ELEGIR, PERCIBIR, INVENTAR

Al comenzar la 5ª sesión se pedirá de nuevo, la definición de su estado anímico en una palabra.

Posteriormente, se procederá a la escucha de una pieza y se analizará posteriormente, al igual que en sesiones anteriores. **Audición 11.**

Se realizará posteriormente otra dinámica.

Objetivos:

- Expresión de emociones y sentimientos.
- Adaptación a las circunstancias establecidas.
- Capacidad de atención.

Procedimiento:

La siguiente dinámica consistirá en presentar a los participantes una caja con diferentes objetos. Se les pedirá que cojan un objeto al azar, sin mirar, y se les requerirá que hagan un sonido con ese objeto. También se solicitará que nombren la característica con la que identifican o que destaque de ese objeto.

A continuación, se propondrá que cojan otro objeto, pero esta vez mirando, es decir, la elección será de manera consciente y se repetirá la dinámica.

Se analizarán los cambios de objeto (si los hay), las características que se le atribuye a cada uno de ellos, el tipo de sonido, ritmo, frecuencia e intensidades aplicadas, etc.

Los objetos que se incluirán en esta dinámica serán: tenedores, copas, monedas, pelotas de ping pong, tornillos dentro de un bol, tapas de recipientes,

llaves, argollas, botellas, fichas de plástico, cajas de cartón, tubos, botones, gomas elásticas, hilos, envases, cuerdas, etc.

Más tarde se realizará otra dinámica.

Objetivos:

- Expresión corporal de las emociones provocadas por la Música.
- Facilitar el conocimiento de los efectos de la música sobre el comportamiento.

Procedimiento:

Se pedirá a los participantes que se levanten y comiencen a caminar por la sala al tiempo que se escucha una música. Se observará la postura, el ritmo del caminar, la dirección, etc. en un momento determinado, se parará la música y deben congelarse como estatuas. La música se detendrá en varias ocasiones y más tarde se comentarán las estatuas originadas y su significado.

Las piezas elegidas para esta dinámica son: **Audiciones 12, 13 y 14.**

La sesión finalizará con definición de su estado de ánimo.

SESIÓN 6: MÚSICA, PAUSA Y ACTIVACIÓN

Como en el resto de sesiones el inicio vendrá marcado por la pregunta ¿Cómo se encuentran?

Se comenzará la sesión con una dinámica.

Objetivos:

- Identificar las emociones y sentimientos provocados por la Música.
- Desarrollar la capacidad de plasmar y escribir las emociones.

Procedimiento:

La primera dinámica de la sesión consistirá en escuchar diferentes fragmentos de piezas musicales y se pedirá a cada uno de los participantes que escriban una o varias palabras que le sugiera cada pieza. Posteriormente, se procederá a la puesta en común y se trabajarán las ideas que vayan surgiendo. Con esta

dinámica, de un nivel más complejo, se tratará de que cada persona elija la música con la que más se identifica en el momento actual.

Las piezas elegidas son: **Audiciones 15, 16 y 17.**

Se realizará otra dinámica antes de acabar la sesión.

Objetivos:

- Mejorar el estado de ánimo.
- Fomentar la actividad y coordinación.

Procedimiento:

La última dinámica consistirá en realizar unos pequeños ejercicios acompañados de música, que favorezcan la activación de los pacientes. Está científicamente demostrado que la realización de ejercicio físico aclara la mente y regula las emociones.

Se realizarán pasos básicos de *step*, subir y bajar, giros, doblar piernas y brazos, etc. Los temas elegidos en este caso serán: **Audiciones 18, 19 y 20**.

Finalmente, se describirá su estado de ánimo, nuevamente con una palabra y se finalizará la sesión.

SESIÓN 7: MÚSICA Y RELAJACIÓN

Nuevamente, se comenzará pidiendo la definición del estado anímico con el que acuden a la sesión en una palabra. Al tratarse de una de las últimas sesiones, se tratará de proporcionar recursos, en base a lo aprendido que les sean de utilidad para poder mejorar su estado de ánimo cuando se sientan peor, más deprimidos.

Objetivo:

- Facilitar la relajación de los participantes.

Procedimiento:

Se comenzará con una pequeña sesión de relajación guiada basado en el entrenamiento autógeno de Schultz, con una música seleccionada para la ocasión.

El entrenamiento autógeno.

Este método, cuyos principios elaboró Schultz en 1912, parte de la observación del uso de la hipnosis, según este autor, permite obtener resultados idénticos a los que se logran con los estados sugestivos auténticos, algunos autores van más allá denominándola autohipnósis. Aunque existen varias versiones, todas ellas tienen la base en común: el uso de imágenes que se refieren directamente a las funciones a las funciones del sistema vegetativo (el estómago, la respiración, el corazón...). Esto se resume en los seis ejercicios autógenos:

1. Ejercicio de pesadez.
2. Ejercicio de calor.
3. Ejercicio de pulsación.
4. Ejercicio respiratorio.
5. Regulación abdominal.
6. Ejercicio de la cabeza.

Esquema de entrenamiento autógeno propuesto por Carnwath y Miller:

Se comenzará por siete etapas de autoafirmaciones:

ETAPA 1, ejercicios:

1. Estoy en paz conmigo mismo y totalmente relajado. Se debe repetir cinco veces.

ETAPA 2, ejercicios:

1. Mi brazo derecho es pesado... Estoy en paz... Repetir cinco veces.
2. Mi brazo izquierdo es pesado... Estoy en paz... Repetir cinco veces.
3. Mi pierna derecha es pesada... Estoy en paz... Repetir cinco veces.
4. Mi pierna izquierda es pesada... Estoy en paz... Repetir cinco veces.
5. Mi cuello y mis hombros son pesados... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

ETAPA 3, ejercicios:

1. Mi brazo derecho está caliente... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

2. Mi brazo izquierdo está caliente... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

3. Mi pierna derecha está caliente... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

4. Mi pierna izquierda está caliente... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

5. Mi cuello y mis hombros están calientes... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

ETAPA 4, ejercicios:

1. Mi respiración es tranquila y regular... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

ETAPA 5, ejercicios:

1. Mi ritmo cardíaco es tranquilo y regular... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

ETAPA 6, ejercicios:

1. Mi frente está fresca... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

ETAPA 7, ejercicios:

Estoy despejado, fresco y totalmente relajado... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

Estira muy suavemente los brazos, sin brusquedades, del mismo modo estira piernas y el resto del cuerpo, respira profundamente y finalmente, muy lentamente abre los ojos (44).

Posteriormente, se procederá a comunicar sus sentimientos y sensaciones, la utilidad de esta técnica en su vida diaria como herramienta terapéutica. **Audición 21.**

Después, se procederá a escuchar diferentes piezas musicales a modo de ejemplo, y cómo podrían utilizarlas en sus domicilios con el fin de mejorar su estado de ánimo. Escuchar la Música mientras se dan un baño, tumbados, paseando, etc. se comentarán diferentes propuestas y cómo se podrían planificar, a modo de utilidad práctica. **Audiciones 22, 23, 24.**

Finalmente, se terminará la sesión preguntando si experimentaron algún cambio en su estado anímico y se despedirá el grupo hasta la próxima y última sesión.

SESIÓN 8: DESPEDIDA

Última sesión de la intervención. Se comienza, como en todas las anteriores pidiendo una palabra que defina su estado de ánimo.

En este caso, se requerirá la cumplimentación de la Escala de Desesperanza de Beck y la escala EVEA.

A continuación se procederá a la escucha de una pieza elegida y se comentará como en otras ocasiones. **Audición 25.**

Posteriormente, se realizará otra dinámica.

Objetivos:

- Reforzar habilidades motoras.
- Fortalecer la capacidad de concentración.
- Trabajar la capacidad de memorizar.
- Consolidar la sensación de grupo y de pertenencia grupal.

Procedmiento:

Se realizará un ejercicio con *"cups"* o vasos. Se trata de crear un ritmo con la utilización de vasos, siendo capaces de repetirlo en grupo. **Audición 26.**

Finalmente, se pedirá que se rellene la Escala de Desesperanza de Beck, la escala EVEA, la escala de Hamilton y la encuesta de satisfacción (Anexo 11) para poder comprobar la evolución a través de las sesiones. Es en esta última sesión cuando se vuelve a evaluar la variable principal a través de la escala Hamilton ya que los ítems que recoge la escala son tan susceptibles al cambio como puede ocurrir con la escala EVEA (que mide cambios más inmediatos), se deja a criterio del investigador principal la administración de la escala al finalizar la cuarta sesión para así comprobar la evolución de la persona.

Se pedirá también que se comente qué les ha parecido la intervención, sus expectativas y opinión, sugerencias, aspectos que cambiarían, cómo se han sentido, utilidad de la intervención, nuevas herramientas adquiridas, etc. por medio de la encuesta de satisfacción. Ver Anexo 9.

Para concluir se hará una dinámica de despedida.

Objetivos:

- Experimentar las posibilidades sonoras del cuerpo.
- Desarrollar la escucha y expectativa mantenidas.
- Potenciar la libre expresión sonora de la vivencia corporal de la Música.
- Experimentar sensaciones de autocontrol y autoeficacia.
- Desarrollar la creatividad.

Procedimiento:

Se les explica a los participantes que van a realizar la dinámica haciendo Música con su cuerpo. Para ello, se pondrá una música a un volumen muy bajo, y cada persona acompañará una frase musical completa (cinco o diez segundos) con percusiones corporales: palmas, chasquidos, palmas en las rodillas, pisadas, golpes en el pecho, etc. que servirán para transmitir con su cuerpo el mensaje de despedida. Se establece el orden de las personas y, cuando haya silencio y estén preparados comenzará la actividad.

Será conveniente que la música seleccionada tenga una velocidad asequible, pudiendo utilizar alguna pieza que les haya gustado o aprovechar a introducir algún estilo diferente, de manera que sirva para potenciar su interés por otros estilos y se les anime a seguir incorporando la Música en sus vidas (13). **Audición 27.**

6.11 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

1. **Equipamiento Ej.: presentaciones, paneles, audio, video. Material de apoyo.**

- Excelente.
- Muy Buena.
- Buena.
- Aceptable.
- Insuficiente.

2. **Docente Ej.: dominio del tema, amable, dispuesto/a, conciliador/a, etc.**

- Excelente.
- Muy Buena.
- Buena.
- Aceptable.
- Insuficiente.

3. **Su evaluación global de la intervención es:**

- Excelente.
- Muy Buena.
- Buena.
- Aceptable.
- Insuficiente.

4. **¿Ha conseguido los objetivos propuestos?**

5. **Aspectos positivos a destacar.**

6. **Aspectos negativos a destacar.**

7. **Sugerencias.**