

LA EXPERIENCIA MUSICAL COMO FACTOR CURATIVO EN LA MUSICOTERAPIA CON PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA CRÓNICA

Esther Murow Troice*, Juan José Sánchez Sosa**

SUMMARY

This article describes the perception of well-being in a group of schizophrenic patients who attended music therapy. This study also describes the perception of usefulness of the musical experience as a curative factor. The relationship between the perception of the musical experience as a therapeutic factor and the negative symptoms was also examined.

The subjects in this study were 15 patients with chronic schizophrenia who attended an outpatients Rehabilitation Program for Schizophrenic Patients at the National Institute of Psychiatry Ramon de la Fuente in Mexico City.

Sixty-six point seven percent of the subjects were male with a mean age of 32.1 years (s.d. + 7.7 yrs.) and 13 years of schooling (s.d. + 2.2). The average age of onset was 24:2 years (s.d. + 6.3 yrs.). Fifty-three percent were single, 20% were married, and 26.6% divorced or separated; 66.7% did not have a formal job.

Patients attended an average of 35.8 sessions (89.5%) out of 40. Sessions were an hour long and took place twice a week. The therapeutic work was conducted by a board certified music therapist.

Music therapy was based on improvisational techniques. The goals of clinical musical improvisation were to improve verbal and non verbal communication, to provide a means for self-expression, to improve interpersonal interaction, to develop abilities for social interaction, to provide sensory stimulation, and to enhance creativity.

To assess the feelings of well-being and the perception of the musical experience, the authors developed a short self-report form to be filled out by the patients at the beginning and the end of every session. In this self-report they were asked to mark in a continuum from one (really bad) to ten (very well) how they felt at the beginning of the session and how they felt during the past week. There was a section where they could mark some specific feelings.

The second part of the self-report form was filled out at the end of the session. Patients had to mark on a similar continuum how they felt at the end of the session. They also had to mark what the work with the musical instruments had helped them to

achieve. They could check several options. They were also asked to rate on another continuum their participation in the session: 1= participation was very poor to 10= full participation in the session.

In order to know if music therapy had any effect on the patients' symptoms, they were assessed at the beginning and the end of the treatment with the PANSS.

An analysis of the data (comparison of the medians before and after the treatment) shows that there were statistically significant differences on how the patients felt at the beginning and the end of the treatment, showing that they felt better after six months. The results also show significant differences in the report of their participation in the session, which had increased.

One important part of the study was to identify at what point during the treatment did patients start to have a relatively permanent feeling of well-being. In order to find out when that happened, they had to answer a question about how they had felt during the past week. A comparison between the sensation of well-being at the first session and the reported well-being on the first session of each month was made through the six months of treatment. Results show that although patients report an improvement in their well-being from the beginning of the treatment, there are statistically significant differences ($p=.001$) from the third month until the end of the treatment.

The scores of the PANSS before and after the treatment did not show any statistically significant differences in any of the scales. A correlation analysis between the negative symptoms scale of the PANSS and the well being in the last week of the self-report was made. Results show that there is a statistically significant correlation ($r = -0.623$, $p=.03$) between the feeling of well-being and the negative symptoms scale of the PANSS, between the feeling of well being and the general psychopathology scale ($r = -.742$, $p =.006$), and the feeling of well-being and the total score of the PANSS ($r = -.714$ $p =.009$). These results may indicate that as negative symptoms decrease, the feeling of well-being increases.

In order to find out the perception about the usefulness of the work with music, the answers to the question "the work with the music helped me to..." were analyzed. The percentages to each answer before and after the treatment were examined. The

*Jefa de la Unidad de Musicoterapia de la Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco, 101. San Lorenzo Huipulco, 14370 México D.F.

** Profesor -Investigador de la Facultad de Psicología, UNAM.
Recibido: 27 de mayo de 2003. Aceptado: 23 de junio de 2003.

following are the questions that obtained the highest percentages before the treatment: to relax (80%), to let my feelings out (60%), to have fun (53.3%) and to relate to my peer group (53.3%). The answers with the highest percentages at the end of the treatment were to have fun (80%), to relax and to relate to my peers (60%) and to express myself (66.7%). The highest increases were in the questions to have fun (26.7%) and to find an answer or solution to my problems (26.7%). The answers to some questions diminished: to let my feelings out (-20%) and to talk about my feelings (-20%).

The way the patients perceived their participation was significantly different before and after the treatment ($p = .006$).

In general, results show these patients report an improvement in their feeling of well-being throughout the treatment. Their answers show that from the third month there are statistically significant differences on how they felt at the beginning of the treatment and through it. The feeling of well-being seems to remain from the third month on.

Though no statistically significant differences were found in the PANSS scores before and after the treatment, there was a tendency towards significance in the negative symptoms scale. A significant correlation was found between the feeling of well-being as reported by the patients and a reduction in the negative symptoms. This could mean patients feel better as they experience less negative symptoms. This is congruent with other findings reporting that in the long term negative symptoms are more disabling and that they interfere with the psychosocial functioning of the patients. The reduction of negative symptoms allows them to have a better level of functioning. The patient's answers to the self-report allows us to conclude that music therapy helps to reduce negative symptoms.

Throughout the treatment feelings of well-being improved in the patients of this study; this may be related to the fact that the therapeutic process made sense to them. If that is the case, the feeling of well being and the fact that therapy makes sense and is perceived as useful can also be related to a better therapeutic compliance and attendance to the sessions.

Participation in the sessions increases through treatment. Informal conversations with the patients indicate that they developed a feeling of belonging to the group, more confidence in themselves and the others, and that the work in the non-verbal realm and in the musical one has helped them to feel better. The former factors may have helped them to feel better and therefore to have a more active participation in the sessions.

The perception of the patients about the usefulness of playing musical instruments remained constant. The main changes were on the answers "having fun", which increased 26.7% at the end of the treatment, and "find a solution to my problems" (27.7%). It may be that the fact that they feel better allows them to enjoy musical activities more. With this kind of patients, this is very significant since anhedonia is one of the characteristics of schizophrenia and has an important effect on their functioning. The answer that playing musical instruments allows them to find an answer to their problems may be the result of a learning process along the treatment but also to the possibility of perceiving the musical experience and working with music as a way to feel better. If that is the case, this could be considered as one of the curative factors in music therapy, in which music is considered as the main element and not a secondary one in the therapeutic process. The decrease in the percentage of answers "playing the instruments helped me to relax" and to "express my feelings"

may indicate that working with music goes beyond catharsis, as it may have happened at the beginning of the treatment, and allows for a more purposeful development of social and problem solving skills.

The use of music therapy with schizophrenic patients has produced positive changes in their social functioning. The results from this study show that patients feel better along the treatment period. Patients report they feel better with the treatment often from the beginning. This perception of well-being may result as a factor that facilitates and promotes permanence and an active participation in the treatment process.

One of the effects of music therapy in chronic schizophrenia patients is the improvement of the well-being experience and the decrease of negative symptoms. Also the fact that this occurs gradually and remains throughout the treatment and probably beyond is a result of music therapy.

Also, the fact that many of these patients are able to use the musical experience as a curative factor may have relevant implications for music therapy. On the one hand, it is possible that music therapy promotes several corrective senso-perceptual, interpersonal, and affective changes linked to the musical experience. On the other, clinical observations suggest that patients are able to gradually increase their ability to understand some of their difficulties and to try to find some kind of solution.

As mentioned before, anhedonia is one of the symptoms that interfere with social functioning. If these patients are capable of having fun and enjoying the musical experience, it is not unlikely that they may have experienced changes in their hedonic ability.

It is very possible that the experience of musical improvisation in a group situation, in an accepting and non-threatening environment, is a factor that promotes the experience of well-being as a starting point to a better psychosocial functioning. In this case, it is important to consider clinical musical improvisation, with all its characteristics and attributes, as the essential curative factor in the use of music therapy with chronic schizophrenia patients.

Key words: Schizophrenia, music therapy, curative factors, treatment (therapy), psychosocial treatment, negative symptoms.

RESUMEN

Este artículo tiene por objeto examinar el empleo de la musicoterapia en la percepción de bienestar, según las respuestas de un grupo de pacientes de esquizofrenia durante y como consecuencia del tratamiento con musicoterapia. Un propósito adicional es describir cómo evoluciona la percepción del empleo y de la utilidad de la experiencia musical como recurso terapéutico y su relación con los cambios en los síntomas negativos obtenidos en evaluaciones con el PANSS.

Para ello se estudiaron 15 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia en fase crónica, de varios tipos. Este grupo formaba parte del Programa de Rehabilitación Integral de Pacientes con Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en la Ciudad de México. Los sujetos del estudio formaban parte de una muestra mayor ($N = 42$) de pacientes con esquizofrenia asignados aleatoriamente a tres tipos de tratamientos psicosociales, de los cuales uno fue la musicoterapia. Los pacientes asistieron a un promedio de 35.8 sesiones de un total de 40 que incluía el programa (89.5%). Estas se llevaban a cabo dos

veces por semana y duraban una hora. El trabajo del grupo lo conducía una musicoterapeuta certificada. En el trabajo con musicoterapia se emplearon técnicas de improvisación musical clínica. La improvisación musical clínica tenía por objeto mejorar la comunicación verbal y no verbal, brindar un medio a la autoexpresión, fomentar la interacción interpersonal, desarrollar habilidades para la interacción grupal, brindar estimulación sensorial y desarrollar la creatividad.

Para evaluar tanto el bienestar de los pacientes a lo largo del tratamiento como su percepción de la experiencia en el trabajo con la música, se desarrolló una breve forma del registro de bienestar en la sesión de musicoterapia, que era llenado por los pacientes al principio y al final de cada sesión. En la primera parte del cuestionario, se les pedía que calificaran en una escala de 1 a 10 (de muy mal a muy bien), cómo se sentían al iniciar la sesión y cómo se habían sentido en la última semana. La segunda parte del cuestionario se respondía al final de la sesión, y en ella se le pedía al paciente que calificara cómo se sentía después de la misma y que señalara para qué le había servido el trabajo de improvisación con instrumentos musicales.

A los pacientes también se les aplicó la escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS).

Los resultados indican, en general, que los pacientes informan de una mejoría en su sensación de bienestar a lo largo del tratamiento. Las respuestas muestran que, a partir del tercer mes de tratamiento, se encuentran diferencias significativas entre cómo se sentían cuando iniciaron y en ese momento del tratamiento. Esta sensación de bienestar permanece hasta el final del tratamiento.

Aunque no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones del PANSS antes y después del tratamiento, sí se observó una tendencia y cercanía a la significancia en la escala de síntomas negativos. Asimismo, la correlación significativa entre la sensación de bienestar reportada por los pacientes y la disminución de los síntomas negativos indica que, cuanto menos síntomas negativos había, mayor era la sensación de bienestar. Los resultados de las evaluaciones de los pacientes de este grupo permiten afirmar que la musicoterapia ayuda a disminuir los síntomas negativos, como lo han informado Tang y colaboradores.

En cuanto a la percepción de para qué les sirvió tocar los instrumentos, los porcentajes correspondientes permanecieron estables. Los aumentos más importantes incluyeron "divertirme", con un aumento de 26.7% al final del tratamiento, y "encontrar una solución a mis problemas" (27.7% de aumento). Puede ser que sentirse mejor les permita disfrutar más de las actividades musicales lo cual, en este tipo de pacientes, es importante por la anhedonia que caracteriza a la enfermedad y que tanto afecta el funcionamiento social. La respuesta de que tocar los instrumentos les permite encontrar soluciones a sus problemas puede resultar del aprendizaje que se adquiere a lo largo del tratamiento y de experimentar el trabajo con la música como medio de mejoría. De ser así, éste podría considerarse como uno de los factores curativos en la musicoterapia, en que la música se considera un elemento principal más que secundario. La disminución en el porcentaje de las respuestas relacionadas de «relajarme» y «expresar mis sentimientos» podría indicar que el trabajo con la música, además de "catártico" como suele ser al inicio del tratamiento, permite un empleo más dirigido al desarrollo de habilidades sociales y a encontrar una forma de resolver algunas dificultades, sobre todo en el área interpersonal.

El empleo de la musicoterapia en pacientes con esquizofrenia ha mostrado ser una intervención que genera resultados posi-

vos para mejorar el funcionamiento de este tipo de pacientes. Los resultados obtenidos con los participantes del presente estudio muestran que los pacientes se van sintiendo mejor a lo largo del tratamiento. Los informes de los pacientes indican que cada vez se sienten mejor, frecuentemente aun desde el principio del tratamiento. Esta percepción de mejoría puede funcionar como factor para facilitar la permanencia y la participación activa en el tratamiento.

La mejoría en la sensación de bienestar y su asociación con la mejoría en los síntomas negativos es uno de los efectos que ha mostrado tener la musicoterapia en pacientes con esquizofrenia. El hecho de que este efecto se presente gradualmente y permanezca a lo largo de los seis meses, o más, puede considerarse como un efecto importante de la musicoterapia.

Asimismo, que muchos pacientes puedan emplear la experiencia musical como elemento curativo puede entrañar dos implicaciones relevantes. Por un lado, es probable que con la musicoterapia aparezcan cambios correctivos (sensoperceptuales, interpersonales, etc.), ligados precisamente a la experiencia con la música; por otro, las observaciones clínicas informales sugieren que los pacientes adquieren paulatinamente mayor capacidad para entender algunas de sus dificultades y tratar de encontrarles solución.

Como ya se ha mencionado, la anhedonia es uno de los síntomas que más afectan el funcionamiento social. Si los pacientes son capaces de divertirse y disfrutar de esta experiencia, no es exagerado sugerir que han ocurrido cambios en su capacidad hedónica, con la concomitante disminución de algunos síntomas negativos.

Es muy probable que la experiencia de la improvisación musical en una situación de grupo, en un ambiente relativamente relajado y de aceptación, sea un factor que fomente la sensación de bienestar como inicio de un mejor funcionamiento psicosocial. En este caso es de considerarse que la experiencia musical y la improvisación musical clínica, con todas sus características, constituyen importantes factores curativos, quizá esenciales en el empleo de la musicoterapia en pacientes con esquizofrenia crónica.

Palabras clave: Esquizofrenia, musicoterapia, factores curativos, terapia (tratamiento), tratamiento psicosocial, síntomas negativos.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es probablemente el trastorno mental más invalidante pues causa serias discapacidades en el ámbito social y laboral. El tratamiento farmacológico suele ser la base de la intervención terapéutica con este tipo de pacientes (Huxley, Rendall y Sederer, 2000; Tarrier y cols., 2000). Los medicamentos inciden sobre todo en los síntomas positivos (alucinaciones y delirios, entre otros) que aparecen principalmente en las fases agudas de la enfermedad. Una vez controlados éstos, permanecen los síntomas negativos, que incluyen el aplanamiento afectivo, la alogia, la abulia y la anhedonia (Buchanan y Carpenter, 1994). Estos afectan de manera importante el funcionamiento psicosocial

al reducir la competencia social (Bellack y cols., 1990; Mueser, Bellack y Morrison, 1990; Solinski, Jackson y Bell, 1992), el funcionamiento vocacional y la capacidad de solución de problemas (Bellack, Sayers y Mueser, 1994; Corrigan, Green y Toomey, 1994; Hoffman y Kupper, 1994). Aunque algunos de los medicamentos antipsicóticos de la denominada nueva generación parecen incidir en cierta medida en los síntomas negativos, éstos siguen constituyendo la principal secuela de la esquizofrenia que interfiere de manera grave con el funcionamiento psicosocial.

El funcionamiento psicosocial y general de estos pacientes suele mejorar de manera significativa cuando el tratamiento farmacológico se combina con tratamientos psicológicos y psicosociales (Falloon, Coverdale y Broker, 1996; Penn y Mueser, 1996; Meltzer, 1999).

En el tratamiento de pacientes con esquizofrenia se han empleado con éxito clínico técnicas como el entrenamiento de habilidades sociales (Bellack y Mueser, 1993; Mojtabai, Nicholson y Carpenter, 1998; Penn y Mueser, 1996), intervenciones de tipo individual (Boczkowski, Zeichner y Desanto, 1985; MacPherson y cols., 1996), terapia grupal (Goldman y Quinn, 1988; Kanas, Deri, Ketter y Fein, 1989; Tomaras, Vlachonikolis, Stefanis, Madianos, 1988), el entrenamiento de habilidades cognoscitivas (Benedict y cols., 1994; Tompkins, Goldman y Axelrod, 1995; Medalia, Aluma, Tirón, Merriam, 1998; Medalia, Revheim y Casey, 2000) e intervenciones de tipo familiar (Schooler y cols., 1997; DeGiacomo, Pierri, Santoni-Rugiu, Bounsante, Vadruccio y Zavoiani, 1997; McFarlane y cols., 1995).

En términos de las variables dependientes, los objetivos de dichas intervenciones han incluido: mejorar los síntomas (Dobson, MacDougall, Busheikin y Aldous, 1995), reducir el número de recaídas (Wallace, Boone, 1983; Bellack y cols., 1984; Hogarty y cols., 1986; Marder, Wirshing, Mintz, McKenzie, Johnston, Eckman, Lebell, Zimmerman y Liberman, 1996), mejorar las habilidades sociales (Bellack, Turner, Hersen y Luber, 1984; Lukoff y cols., 1986; Dobson y cols., 1995), mejorar el funcionamiento cognoscitivo (Hodel y Brenner, 1994), mejorar el funcionamiento social (Hayes, 1995; Marder y cols., 1996; Schooler y cols., 1997), mejorar la adhesión terapéutica (Hayes y cols., 1995; Lukoff, Wallace, Liberman y Burke, 1986) y la calidad de vida (Liberman y cols., 1998). En general, estos tratamientos han tenido resultados positivos, aunque limitados, en los objetivos que se plantean.

La musicoterapia se ha definido como “el empleo de la música por una persona calificada para producir cambios positivos en el funcionamiento psicológico, físico, cognoscitivo o social en personas con problemas de salud o educativo [...] es la aplicación sistemá-

tica de la música, conducida por un musicoterapeuta en un ambiente terapéutico, para lograr cambios deseados en el individuo bajo tratamiento, de manera que pueda mejorar su comprensión de sí mismo y del mundo que le rodea, y así lograr una mejor adaptación a la sociedad” (NAMT, 1980). Más recientemente, otras definiciones han planteado que la musicoterapia es “un proceso de intervención sistemática, en el cual el terapeuta ayuda al paciente a obtener una mejoría en su salud, a través de experiencias musicales y de las relaciones que se desarrollan a través de ellas como fuerzas dinámicas para el cambio” (Bruscia, 1998). En musicoterapia se trabaja con cuatro tipos de experiencias: la improvisación, la creación musical, la re-creación y la escucha musical en sus diferentes tipos (Bruscia, 1998).

Por sus características, la música es una forma de comunicación no verbal que, en el contexto terapéutico, permite trabajar con diferentes tipos de pacientes y, al mismo tiempo, permite la expresión de emociones a través del sonido inmerso en estructuras musicales.

En un contexto terapéutico, la música podría permitir la expresión de emociones más intensas y más diversas de manera socialmente aceptable y propiciar una forma de expresión emocional que los pacientes suelen no tener o no han encontrado viable, además de que permite, en principio, expresar ideas y emociones que no se pueden manifestar a través de otros lenguajes más usuales como el verbal. Así, en este contexto, la música permitiría expresar y experimentar sentimientos sin usar palabras, lo cual representa, para muchos pacientes, una ventaja significativa (Gaston, 1968).

El ritmo da a la música la organización, la energía y la estructura interna que permiten que sea una experiencia predecible en el tiempo, a la vez que invita a la participación en grupo (Gaston, 1968). Por sus características, la música pueden experimentarla personas de diferentes niveles y características de funcionamiento psicológico. La experiencia puede ser desde muy sencilla hasta muy compleja y se puede adaptar a las necesidades de cada persona.

La conducta musical requiere una respuesta inmediata y acorde con una realidad externa (Gaston, 1968). Una vez que la persona se ha involucrado en el quehacer musical, su conducta se orienta a dicha realidad. La relación con la música también requiere respuestas a los estímulos auditivos, a los instrumentos, a las instrucciones del terapeuta y a la participación de los demás, todo lo cual implica contacto con la realidad y con el aquí y ahora.

La experiencia musical suele propiciar la cooperación y la integración entre los miembros de un grupo. En principio, los logros musicales corresponden al esfuerzo de cada uno de los individuos como parte

del mismo y, en el contexto terapéutico, el quehacer musical en grupo permite a personas con diferentes características o dificultades para la interacción social, unirse para cumplir con el objetivo común que es la música. Se ha propuesto que la música ayuda a establecer o reestablecer las relaciones interpersonales (Gaston, 1968).

Uno de los valores más aceptados de la música es que brinda una experiencia estética. La música tiene un valor estético intrínseco que, dentro del contexto terapéutico, da a los pacientes la oportunidad de disfrutar de una experiencia de la cual, muy probablemente, por condiciones impuestas por su propio padecimiento, no tienen oportunidad de experimentar. El placer estético podría brindar una oportunidad para enriquecer la vida de la persona.

Según Thaut (1990), la efectividad de la música como recurso terapéutico proviene de su capacidad para influir sobre los patrones de las emociones y del pensamiento, considerados como prerrequisito para el cambio de conducta. Las respuestas afectivas a la música podrían emerger de la activación de mecanismos básicos de percepción y excitación. La respuesta inicial a la música suele incluir una combinación de respuestas neurológicas (Bartlett, 1996; Bever, 1988), a las cuales seguiría la evaluación cognoscitiva de la experiencia musical (Meyer, 1956; Thaut, 1989), una de cuyas consecuencias sería el establecimiento del significado de la experiencia musical congruente, en principio, con la respuesta emocional. La respuesta emocional a la música es probablemente una de las características más importantes para su uso en el contexto terapéutico con pacientes con problemas de salud mental.

La musicoterapia se ha empleado recientemente como una forma de tratamiento de pacientes psiquiátricos tanto adolescentes como adultos, en los que se han observado resultados positivos (De l'Etoile, 2002; Bernadz y Nikkel, 1992; Bonhert, 1999; Brooks, 1989; Henderson, 1983; Jarvis, 1988; Cassity, 1976), y específicamente con pacientes que padecen esquizofrenia (Pavlicevic y Trevarthen, 1994; Tang, Yao y Zheng, 1994). Los objetivos de estos estudios han incluido la reducción de conductas disociativas o perturbadoras (Cassity, 1976), la mejoría de síntomas (Pavlicevic y cols., 1994; Tang y cols., 1994), la mejoría del funcionamiento social y de las habilidades de socialización (Pavlicevic y cols. 1994; Tang y cols., 1994; Murow y Unikel, 1997; Murow y Unikel, 2001).

En el estudio de Pavlicevic, por ejemplo, se emplearon técnicas de improvisación musical y, en el de Tang, las técnicas incluyeron escuchar música y cantos en grupo. En el estudio de Murow y Unikel (1997) se emplearon técnicas de re-creación y de improvisación musical con un enfoque de terapia de actividades. En

el estudio de De l'Etoile (2002) se utilizaron diversas técnicas de musicoterapia. Estos estudios informan en general de resultados positivos, sobre todo con pacientes que tienen dificultad para expresarse y establecer relaciones interpersonales (De l'Etoile, 2002; Pavlicevic y Trevarthen, 1994).

Uno de los puntos centrales de interés en el presente estudio son los posibles factores curativos y la percepción de éstos por parte de los pacientes. Se busca explorar los elementos del proceso terapéutico que los pacientes identifican como los factores que los ayudan a mejorar (Svesson y Hansson, 1998). Varios otros estudios sobre posibles factores curativos en psicoterapia han incluido principalmente tratamientos de corte psicodinámico, en los que resulta inherentemente difícil atribuir los posibles efectos a variables relativamente específicas, establecidas de modo confiable (Luborsky, Diguier, Luborsky, McLellan, Woody y Alexander, 1993). Frank y Gundersen (1990) realizaron un estudio con pacientes con esquizofrenia en el que concluyen que aun cuando la alianza terapéutica es difícil de establecer con estos pacientes, es el elemento que más influye en el resultado del tratamiento.

Más recientemente se han incorporado a esta línea otras tradiciones un tanto más vinculadas con una metodología de corte experimental. Svesson y Hansson (1998) realizaron un estudio usando componentes de terapia cognoscitivo-conductual (*milieu*) en un programa institucional con pacientes con esquizofrenia. Los investigadores concluyeron que los factores que más influyen en el resultado positivo de la terapia son la instauración de una sensación de esperanza, la solución eficaz de problemas y el establecimiento de la idea de "saber que no estoy solo". En cuanto a los posibles factores curativos como tales en la musicoterapia, no se encontraron estudios específicos sobre el tema. Amir (1996) realizó un estudio de tipo cualitativo en que describe las experiencias y los momentos significativos de diversos tipos de pacientes en la sesión de musicoterapia, clasificándolos como "momentos de *insight*" y momentos de transformación en el proceso terapéutico. Bruscia (1998) ha propuesto que la experiencia con la música es parte esencial del trabajo que se hace en musicoterapia y que los cambios terapéuticos que surgen con ella ocurren tanto "dentro" de la música como en la interacción del terapeuta y el paciente que se da en la relación musical. Estos antecedentes han fundamentado el interés de los autores del presente trabajo por investigar la experiencia de los pacientes en el trabajo con la música como uno de los factores curativos importantes en la musicoterapia.

Para examinar la efectividad de la terapia, es importante tomar en cuenta, además de la modificación de las variables previamente mencionadas, otros factores

relacionados con el paciente y con su percepción del proceso terapéutico y de la utilidad que éste tiene para él y para mejorar o resolver la situación que lo lleva al tratamiento. A pesar de haber mostrado su utilidad, se le ha dado poca atención a la opinión de los pacientes sobre el tratamiento que reciben (Vartiainen, Vuorio, Halonen y Hakola, 1995), y en cuanto al informe de cómo se sienten a lo largo del tratamiento. En esta línea, sólo algunos estudios que emplean fármacos preguntan a los pacientes específicamente cómo se sienten (Courtet, 2001). En ese estudio conducido en pacientes esquizofrénicos que recibían antipsicóticos atípicos, los pacientes reportaron como principal motivo de mala adhesión terapéutica el hecho de que los síntomas persistían, que “no se sentían mejor y no sentían que estaban sanando”.

En el presente estudio se plantea que para considerar el resultado de la terapia, es necesario tomar en cuenta, además de la modificación de las variables mencionadas en los antecedentes de investigación, aspectos relacionados directamente con la percepción que el paciente tiene del proceso terapéutico, de la utilidad que éste tiene para él y para mejorar o resolver la situación que lo lleva al tratamiento y, sobre todo, la percepción de mejoría a lo largo del mismo.

Objetivo del estudio

En virtud del deterioro en la interacción interpersonal característica de los cuadros esquizofrénicos, el objetivo general del estudio fue examinar el empleo de la musicoterapia en la percepción de bienestar informado por un grupo de pacientes de esquizofrenia durante y como consecuencia del tratamiento con musicoterapia. Otro propósito es describir cómo evoluciona la percepción del empleo y de la utilidad de la experiencia musical como recurso terapéutico y su relación con los cambios en los síntomas negativos obtenidos en evaluaciones con el PANSS.

MÉTODO

Participantes

El grupo de estudio estuvo constituido por 15 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia en fase crónica, de varios tipos. Este grupo formaba parte del Programa de Rehabilitación Integral de Pacientes con Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en la Ciudad de México. Los sujetos de estudio formaban parte de una muestra mayor (N= 42) de pacientes con esquizofrenia, asignados aleatoriamente al tratamiento de musicoterapia.

El 66.7% de los sujetos eran varones. Los sujetos de la muestra tenían una media de edad de 32.1 años (d.e. + 7.7 a.) y una escolaridad de 13 años (d.e. + 2.2). El promedio de edad de inicio del padecimiento era de 24:2 años (d.e. + 6.3 años). En cuanto al estado civil, 53% eran solteros, 20 % casados y 26.6% divorciados o separados. El 66.7% no tenía trabajo formal fuera de casa.

Los pacientes asistieron a un promedio de 35.8 sesiones del total de 40 que incluía el programa (89.5%). El grupo de musicoterapia se inició con 16 pacientes y finalizó con 15. El paciente que causó baja fue excluido del análisis de datos en virtud de padecer una condición más aguda, que requirió su asistencia a otro tipo de terapia, aunque siguió acudiendo regularmente a las sesiones de musicoterapia.

Instrumentos

Para evaluar tanto el bienestar de los pacientes durante el tratamiento como su percepción de la experiencia en el trabajo con la música, y tomando en cuenta sus características, se desarrolló una breve forma del registro de bienestar en la sesión de musicoterapia*.

Este era llenado por los pacientes al principio y al final de cada sesión. En la primera parte del cuestionario se les pedía que calificaran en una escala de 1 a 10 (de muy mal a muy bien), cómo se sentían al iniciar la sesión y cómo se habían sentido en la última semana. Asimismo, se les pedía que marcaran específicamente algunos de los sentimientos que podían tener en ese momento.

La segunda parte del cuestionario se respondía al final de la sesión, y en ella se le pedía al paciente que calificara cómo se sentía después de la misma y que señalara para qué le había servido trabajar con instrumentos musicales. Asimismo, los pacientes debían señalar qué tanto les había gustado la música que habían tocado en la sesión y que calificaran su participación.

Las opciones en el cuestionario para responder a la pregunta “TOCAR LOS INSTRUMENTOS ME PERMITIÓ” incluyeron:

- Divertirme
- Relajarme
- Desahogarme
- Expresarme
- Hablar de mis sentimientos
- Hablar de mis problemas
- Relacionarme con mis compañeros
- Entender mis problemas
- Encontrar solución a mis problemas

*Instrumento desarrollado por la autora para este estudio.

A los pacientes se les aplicó la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS), (Kay y cols., 1989). Esta escala consiste en 30 reactivos: siete que evalúan los síntomas positivos, siete que evalúan los negativos y 16 que evalúan la psicopatología general. Esta escala era aplicada a los pacientes por el psiquiatra asignado, al principio y al final del tratamiento. Aunque la evaluación se hizo en varios momentos del tratamiento, para fines del presente estudio se incluyeron las evaluaciones inicial y final.

Procedimiento

Los participantes del grupo asistieron a 40 sesiones de musicoterapia, que se llevaban a cabo dos veces por semana y tenían una duración de una hora. El trabajo del grupo lo conducía una musicoterapeuta certificada. En el trabajo con musicoterapia se emplearon técnicas de improvisación musical clínica (Bruscia, 1987). Los objetivos de la improvisación incluyeron:

- Establecer un canal para la comunicación no verbal y un puente para la verbal.
- Brindar un medio satisfactorio para la autoexpresión y la formación de la identidad.
- Explorar diversos aspectos de las relaciones interpersonales.
- Desarrollar la capacidad para la intimidad interpersonal.
- Desarrollar las habilidades para la interacción grupal.
- Estimular y desarrollar los sentidos.
- Desarrollar habilidades perceptuales y cognoscitivas
- Desarrollar la creatividad, la libertad para la expresión, la espontaneidad y el juego con varios niveles de estructura.

Las sesiones seguían la siguiente estructura:

- Llenado del autoinforme de bienestar en la sesión de musicoterapia. Los pacientes llenaban esta forma antes de empezar la sesión.
- Exploración verbal del tema por tratar en la sesión. Al inicio de la sesión se hacía un breve resumen o revisión del (los) tema(s) tratados en la sesión anterior y se preguntaba a los participantes qué habían pensado al respecto. Posteriormente, se les preguntaba si tenían alguna preocupación o inquietud (relacionada con su enfermedad) que quisieran tratar y, si no era así, el terapeuta exploraba cómo se sentían y, con base en el conocimiento del grupo, elegía el tema de la sesión. Se hacían preguntas sobre el mismo hasta identificar los aspectos que era necesario trabajar.
- Trabajo con improvisación musical sobre el tema de la sesión. Una vez que se había seleccionado el

tema, se daban las instrucciones del trabajo con la música, siguiendo las indicaciones de Bruscia (1998). Los pacientes tomaban un instrumento (los criterios se basaban en el tema de la sesión) y se daban las instrucciones sobre la producción musical (que podían ser musicales o extramusicales, intrapersonales o interpersonales). La improvisación podía ser individual, grupal o en subgrupos.

- Elaboración verbal sobre el trabajo musical. Después de la ejecución musical, se les preguntaba a los pacientes sobre su experiencia con la música, que podía referirse a cómo se habían sentido, qué habían tocado o qué habían hecho para lograrlo. Las preguntas se enfocaban primero al trabajo musical y posteriormente se hacía un “puente” entre lo que habían tocado y sus experiencias en la vida diaria, todo alrededor del tema seleccionado. Era tarea de los pacientes expresar y explicar su trabajo con la música y cómo se relacionaba con el tema de la sesión y con su vida cotidiana.
- Improvisación musical grupal. Con base en el trabajo musical y la elaboración verbal que se había hecho, se replanteaba el tema en términos musicales, donde se trataba que buscaran alternativas a su forma de tocar como una experiencia de “cambio emocional y conductual”. Este proceso de tocar y elaboración verbal se repetía durante la sesión si era necesario. Generalmente, la sesión terminaba con una improvisación grupal.
- Llenado del autoinforme.

RESULTADOS

Se hizo un análisis de medias y pruebas t a las calificaciones de las respuestas de cómo se sentían antes de la sesión y cómo se habían sentido en la semana. Se compararon las mediciones de la primera y de la penúltima sesiones del tratamiento para establecer, en su caso, la existencia de diferencias estadísticamente significativas antes y después de éste. Esta comparación reveló diferencias estadísticamente significativas entre el inicio y el final de tratamiento (cuadro 1).

También se analizó la respuesta de cómo consideraban los pacientes que había sido su participación en la sesión. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas sobre su participación al inicio y al final del tratamiento.

Con objeto de explorar a partir de qué momento del tratamiento los pacientes empezaban a sentir un efecto relativamente permanente, se comparó el primer informe del tratamiento sobre cómo se habían sentido durante la semana, con una medición mensual a lo largo de los seis meses posteriores al tratamiento. Esta

CUADRO 1
Puntuaciones del autoinforme de sensación de bienestar del paciente

Reactivo	Inicio del tratamiento Mediana	Final del tratamiento Mediana	Comparación	
			Z	P
En la última semana me he sentido	7	8	-3.02	0.002**
Antes de la sesión	7		-2.53	0.01*
Mi participación fue	7	8	-2.79	0.005**

*p<.001 **p<.01

comparación también arrojó diferencias estadísticamente significativas ($p<.001$) al comparar cómo se sentían al inicio y al final del tratamiento. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon las puntuaciones del inicio del tratamiento con las registradas al tercer mes de concluido el mismo. A partir de esta medición, se observan diferencias significativas con el inicio del tratamiento (cuadro 2).

El análisis de las medianas de las puntuaciones del PANSS (cuadro 3) al inicio y al final del tratamiento, no reveló diferencias estadísticamente significativas en ninguna de sus escalas. Sin embargo, un análisis de correlación entre las calificaciones del autoinforme al inicio y al final del tratamiento con las puntuaciones del PANSS, reveló una correlación estadísticamente significativa ($r = -0.623$, $p = .03$) entre la sensación de bienestar y la reducción en los síntomas negativos, entre la sensación de bienestar y la psicopatología general ($r = -0.742$, $p = .006$), así como con la escala total del PANSS ($r = -0.714$, $p = .009$).

Se analizaron los porcentajes de las respuestas sobre la utilidad del trabajo terapéutico de improvisación mediante el reactivo: "el trabajo con los instrumentos me sirvió para...". La comparación entre las frecuencias de las repuestas de las sesiones 3 y 38 del tratamiento muestra que, al inicio del tratamiento, los porcentajes más altos de respuesta corresponden a "relajarme" (80%), "desahogarme" (60%), "divertirme" y "relacionarme con mis compañeros", ambos con un 53.3%. Al final del tratamiento, los mayores porcentajes corresponden a "divertirme" (80%), "relajarme"

CUADRO 2
Comparación de las puntuaciones mensuales de la sensación de bienestar

Momento del tratamiento	Mediana	Comparación	
		Z	Sig.
Inicio	7		
Mes 1	7	-.647	.518
Mes 2	7.5	-1.179	.238
Mes 3	8	-2.636	.008**
Mes 4	8	-2.562	.01**
Mes 5	8	-2.251	.024*
Mes 6	8	-3.025	.002**

CUADRO 3
Comparación de las puntuaciones de los PANSS del grupo de musicoterapia antes y después del tratamiento

Subescalas	Inicio del tratamiento Mediana	Final del tratamiento Mediana	Comparación	
			Z	P
Síntomas positivos	10	8	-1.74	.082
Síntomas negativos	13.5	10.5	-1.69	.091
Psicopatología general	20	18	-.63	.528
Total	46	37	-1.22	.221

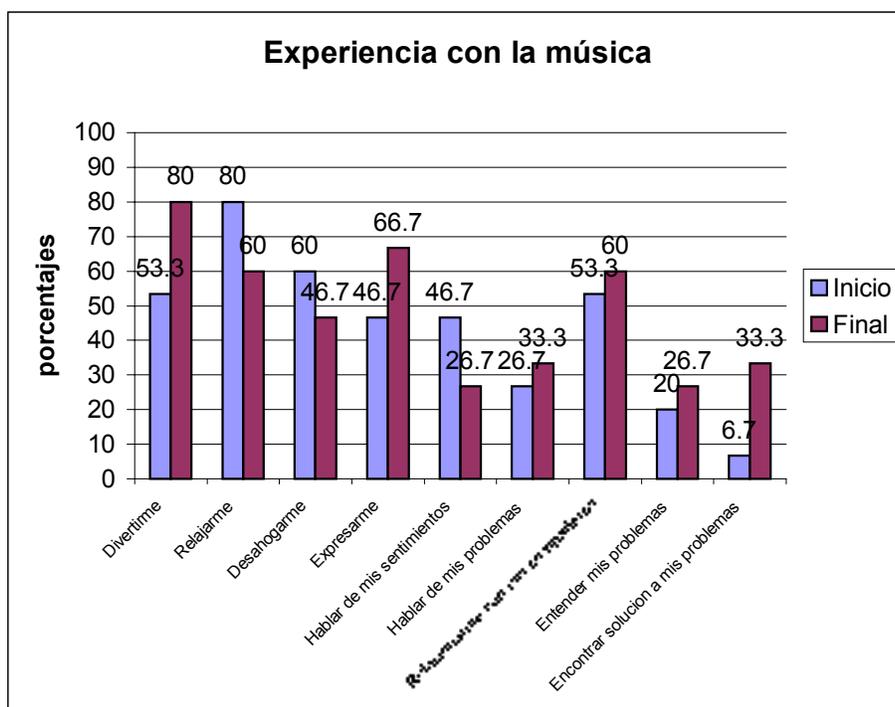
(60%) y "relacionarme con mis compañeros". Así, los incrementos más importantes en el porcentaje de las respuestas se observaron en "divertirme" (26.7%), y en "encontrar una solución a mis problemas" (26.7%). También se observó una disminución en los porcentajes de algunas respuestas como son "desahogarme" (-20%) y "hablar de mis sentimientos" (-20%).

En cuanto a la participación percibida de los pacientes en la sesiones, el análisis de las medias antes y después de aquéllas resultó estadísticamente significativa ($p = .006$).

DISCUSIÓN

Los resultados indican, en general, que los pacientes informan de una mejoría en su sensación de bienestar a lo largo del tratamiento. Las respuestas muestran que a partir del tercer mes del tratamiento se encuentran diferencias significativas entre cómo se sentían cuando éste se inició y en el momento actual del tratamiento. Esta sensación de bienestar permanece hasta el final del tratamiento. Cabe notar que los pacientes empiezan a sentirse mejor a partir del primer mes, aunque las diferencias no son significativas en un sentido estadístico.

Aunque no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones del PANSS antes y después del tratamiento, sí se observó una tendencia y cercanía a la significancia en la escala de síntomas negativos (cuadro 3). Asimismo, la correlación significativa entre la sensación de bienestar reportada por los pacientes y la disminución de los síntomas negativos indica que, a menores síntomas negativos, mayor sensación de bienestar. Esto es congruente con otros hallazgos respecto a que los síntomas negativos llegan a ser más invalidantes a largo plazo y a interferir en el funcionamiento psicosocial (Haberman y cols., 1979), por lo que su disminución permite un mejor funcionamiento. A partir del presente estudio no es posible establecer una causalidad directa entre la disminución de síntomas negativos y la sensación de bienestar. Los resultados de las evaluaciones de los pacientes de este grupo



permiten afirmar, sin embargo, que la musicoterapia ayuda a disminuir los síntomas negativos como lo han informado Tang y cols. (1994). Los pacientes del presente estudio aumentaron su sensación de bienestar a lo largo del tratamiento. Es posible que un mayor bienestar se asocie con encontrarle sentido a la terapia. De ser este el caso, el bienestar podría también asociarse con una asistencia más regular al tratamiento si éste inspira a los pacientes mayor utilidad y sentido. La participación de los pacientes en las sesiones es también mayor después del tratamiento. Algunas conversaciones informales con los pacientes apuntaron en dirección de que éstos encuentran un sentido de pertenencia al grupo, mayor confianza en los otros y en sí mismos, y al hecho de que aprenden a expresarse con las palabras, así como con la música. Es probable que sentirse mejor a lo largo del tratamiento haya facilitado una participación más activa.

En cuanto a la percepción de para qué les sirvió tocar los instrumentos, los porcentajes correspondientes permanecieron estables. Los aumentos más importantes incluyeron “divertirme”, con un aumento de 26.7% al final del tratamiento, y “encontrar una solución a mis problemas” (27.7% de aumento). Quizá sentirse mejor les permite disfrutar más de las actividades musicales lo cual, en este tipo de pacientes, es importante por la anhedonia que caracteriza a la enfermedad y que tanto afecta el funcionamiento social (Haberman y cols., 1979).

La respuesta de que tocar los instrumentos les permite encontrar soluciones a sus problemas puede re-

sultar del aprendizaje que se presenta a lo largo del tratamiento y de experimentar el trabajo con la música como medio de mejoría. De ser así, éste podría considerarse como uno de los factores curativos en la musicoterapia, en que la música se considera un elemento principal más que secundario (Bruscia, 1998). La disminución en el porcentaje de las respuestas relacionadas de “relajarme” y “expresar mis sentimientos” podría indicar que el trabajo con la música, además de “catártico” como suele ser al inicio del tratamiento (Gaston, 1968), permite un empleo más dirigido al desarrollo de habilidades sociales y a encontrar una forma de resolver algunas dificultades, sobre todo en el área interpersonal.

CONCLUSIONES

El empleo de la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia ha mostrado ser una intervención que genera resultados positivos para mejorar el funcionamiento de este tipo de pacientes. Los resultados obtenidos con los participantes del presente estudio muestran que los pacientes se van sintiendo mejor a lo largo del tratamiento. Los informes de los pacientes indican que cada vez se sienten mejor, frecuentemente aun desde el principio del tratamiento. Esta percepción de mejoría puede funcionar como factor para facilitar la permanencia y la participación activa en el tratamiento.

La mejoría en la sensación de bienestar y su asociación con la mejoría en los síntomas negativos es uno

de los efectos que la musicoterapia ha mostrado tener en pacientes con esquizofrenia. Aunque Tang y cols. (1994) ya lo informan en el caso de sus pacientes después de un tratamiento de un mes, el hecho de que este efecto ocurra gradualmente y permanezca a lo largo de los seis meses o más, puede considerarse como un efecto importante de la musicoterapia.

Asimismo, que muchos pacientes puedan emplear la experiencia musical como elemento curativo puede entrañar dos implicaciones relevantes. Por un lado, es probable que en musicoterapia ocurran cambios correctivos (senso-perceptuales, interpersonales, etc.), ligados precisamente a la experiencia con la música, en virtud de que los pacientes se mostraron capaces de reconocerla y, aparentemente, utilizarla. Por otro, observaciones clínicas informales sugieren que los pacientes adquieren paulatinamente mayor capacidad para entender algunas de sus dificultades y tratar de encontrarles solución. Lo anterior sin menoscabo del informe por los propios pacientes de que la experiencia musical les ha servido para recrearse y divertirse. Como ya se ha mencionado, la anhedonia es uno de los síntomas que más afectan el funcionamiento social. Si los pacientes son capaces de divertirse y disfrutar de esta experiencia, no es exagerado sugerir que se han dado algunos cambios en su capacidad hedónica con la concomitante disminución en algunos síntomas negativos.

Es muy probable que la experiencia de improvisación musical en una situación de grupo, en un ambiente relativamente relajado y de aceptación, sea un factor que fomenta la sensación de bienestar como inicio de un mejor funcionamiento psicosocial. En este caso es de considerarse que la experiencia musical, la improvisación clínica, con todas sus características, constituyen importantes factores curativos, quizá esenciales en el empleo de la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica.

Agradecimientos

Agradecemos a los doctores Soledad Rodríguez y Héctor Ortega nos hayan facilitado las puntuaciones del PANSS para la realización de este artículo.

REFERENCIAS

1. AMIR D: Experiencing music therapy: Meaningful moments in the music therapy process. En: *Qualitative Music Therapy in Research*. Lanenberg M, Aigen K, Frommer J (Eds.). Gilsum NH. Barcelona, 1996.
2. BELLACK AS, TURNER SM, HERSEN M, LUBER RF: An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenia. *Hospital Community Psychiatry*, 35:1023-1028, 1984.

3. BELLACK AS, SAYERS M, MUESER KT y cols.: An evaluation of social problem solving in schizophrenia. *J Abnormal Psychology*, 103:371-378, 1994.
4. BELLACK AS, MUESER KT: Psychosocial treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19:317-336, 1994.
5. BELLACK AS, MORRISON RL, WIXTED JT, MUESER KT: An analysis of social competence in schizophrenia. *British J Psychiatry*, 156:809-818, 1990.
6. BENEDICT RHB, HARRIS AE, MARKOW T, McCORMICK JA y cols.: Effects of attention training on information processing in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(3):537-546, 1994.
7. BERNADZ LL, NIKKEL B: The role of music therapy in the treatment of young adults diagnosed with mental illness and substance abuse. *Music Therapy Perspectives*, 10:21-26, 1992.
8. BEVER T: A cognitive theory of emotion and aesthetics in music. *Psychomusicology*, 7:165-175, 1988.
9. BOCZKOWSKI J, ZEICHNER A, DESANTO N: Neuroleptic compliance among chronic schizophrenic outpatients: an intervention outcome report. *J Consulting Psychology*, 53:666-671, 1985.
10. BONHERT K: Meaningful musical experience and the treatment of an individual in psychosis: A case study. *Music Therapy Perspectives*, 17:69-73, 1999.
11. BROOKS D: Music therapy enhances treatment with adolescents. *Music Therapy Perspectives*, 6:37-39, 1989.
12. BRUSCIA KE: *Defining Music Therapy*. Segunda edición. Barcelona Publishers. New Hampshire, 1998.
13. BRUSCIA KE: *Improvisational Models of Music Therapy*. Charles C. Thomas, Springfield MO, 1987.
14. BUCHANAN RW, CARPENTER WT: Domains of psychopathology: An approach to the reduction of heterogeneity in schizophrenia. *J Nervous Mental Disorders*, 182(4):193-204, 1994.
15. CASSITY M: The influence of a music therapy activity upon peer acceptance, group cohesiveness and interpersonal relationships of adult psychiatric patients. *J Music Therapy*, 13:66-76, 1976.
16. CORRIGAN PW, GREEN MF, TOOMEY R: Cognitive correlates to social cue perception in schizophrenia. *Psychiatric Research*, 53:141-151, 1994.
17. COURTET PH: La parole aux patients schizophrènes: enquête européenne. *L'Encéphale*, XXVII:28-38, 2001.
18. De L'ETOILE SK: The effectiveness of music therapy in group psychotherapy for adults with mental illness. *Arts Psychotherapy*, 29:69-78, 2002.
19. DeGIACOMO P, PIERRI G, SANTONI RA, BOUNSANTE M, VADRUCCIO F, ZAVOIANI L: Schizophrenia: A study comparing a family therapy group following a paradoxical model plus psychodrugs and a group treated by the conventional clinical approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95:83-188, 1997.
20. DOBSON DJG, MacDOUGALL G, BUSHEIKIN J; ALDOUS J: Effects of social skills training and social milieu treatment groups on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 46:376-380, 1995.
21. EDGERTON CL: The effects of improvisational music therapy on the communication behaviors of autistic children. *J Music Therap*, 31(1):31-62, 1994.
22. FALLOON IRH, COVERDALE JH, BROKER C: Psychosocial interventions in schizophrenia: A review. *International J Mental Health*, 25:3-21, 1996.
23. FRANK AF, GUNDERSEN JG: The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Archives General Psychiatry*, 47:228-236, 1990.

24. GASTON ET: *Music in Therapy*. The MacMillan Company: Nueva York, 1968.
25. GOLDMAN CR, QUINN FL: Effects of patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hospital Community Psychiatry*, 39:282-286, 1988.
26. HABERMAN MC, CHAPMAN LJ, NUMBERS JS y cols.: Relation of social competence to scores on two scales of psychosis proneness. *J Abnormal Psychology*, 88:675-677, 1979.
27. HAYES RL, HALFORD WK, VARGHESE FT: Social skills training with chronic schizophrenic patients: effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy*, 26:433-449, 1995.
28. HENDERSON SM: Effects of a music therapy program upon awareness of mood in music group cohesion and self-esteem among hospitalized adolescent patients. *J Music Therapy*, 20:14-20, 1983.
29. HODEL B, BRENNER HD: Cognitive therapy with schizophrenic patients. Conceptual basis, present state, future directions. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Supl), 90(384):108-115, 1994.
30. HOFFMAN H, KUPPER Z: Relationships between social competence, psychopathology and work performance and their predictive value for vocational rehabilitation of schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Research*, 23:69-79, 1997.
31. HOGARTY GE, ANDERSON CM, REISS DJ, KORNBLITH SJ, GREENWALD P, JAVNA CD, MADONIA MJ: Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: One year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives General Psychiatry*, 43:633-642, 1986.
32. HUXLEY NA, RENDALL M, SEDERER L: Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *J Nervous Mental Disorders*, 188:187-201, 2000.
33. JARVIS J: Guided imagery and music (GIM) as a primary psychotherapeutic approach. *Music Therapy Perspectives*, 7:69-72, 1988.
34. KANAS N, DERI J, KETTER T, FEIN G: Short-term outpatient therapy groups for schizophrenics. *International J Group Psychotherapy*, 39:517-522, 1989.
35. KAY SR, OPLER LA, LINDENMAYER JP: The positive and negative syndrome scale (PANSS): Rationale and standardization. *British J Psychiatry*, 155:59-65, 1989.
36. LIBERMAN RL, WALLACE CJ, BLACKWELL G, KOPELOWICZ A, VACCARO JV, MINTZ J: Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American J Psychiatry*, 155(8):1087-1091, 1998.
37. LUBORSKY L, DIGUER L, LUBORSKY E, McLELLAN T, WOODY G, ALEXANDER L: Psychological Health-Sickness (PHS) as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies. *J Consulting Clinical Psychology*, 61:542-548, 1993.
38. LUKOFF D, WALLACE C, LIBERMAN P, BURKE K: A holistic program for chronic schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 1986.
39. MARDER SR, WIRSHING WC, MINTZ J, MCKENZIE J, JOHNSTON K, ECKMAN TA, LEBELL M, ZIMMERMAN K, LIBERMAN RP: Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 153:1585-1592, 1996.
40. McFARLANE WR, LUKENS E, LINK B, DUSHAY R, DEAKINS SA, NEWMARK M, DUNNE EJ, HOREN B, TORAN J: Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives General Psychiatry*, 52:679-687, 1995.
41. MEDALIA A, ALUMA M, TIRON W, MERRIAM: Effectiveness of attention training on schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24:147-152, 1998.
42. MEDALIA A, REVHEIM N, CASEY M: Remediation of memory disorders in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 30:1451-1459, 2000.
43. MELTZER HY: Outcome in schizophrenia: Beyond symptom reduction. *J Clinical Psychiatry*, 60 (supl):3-7, 1999.
44. MEYER L: *Emotion and Meaning in Music*. University of Chicago Press, Chicago, 1956.
45. MOJTABAI R, NICHOLSON RA, CARPENTER BN: Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24:569-587, 1998.
46. MUSER T, BELLACK AS, MORRISON RL y cols.: Social competence in schizophrenia: pre-morbid adjustment, social skill and domains of functioning. *J Psychiatric Research*, 24:51-63, 1990.
47. MUROW E: La musicoterapia como parte de un programa de intervenciones terapéuticas múltiples, en el tratamiento de un grupo de pacientes con esquizofrenia en fase crónica. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UNAM, México, 1997.
48. MUROW E, UNIKEL C: La musicoterapia y la terapia de expresión corporal en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 20:35-40, 1997.
49. MUROW TE, UNIKEL SC: La musicoterapia y la terapia de danza y movimiento expresivo: aproximaciones novedosas al tratamiento del paciente sin esquizofrenia. En: Ortega SH, Valencia CM (eds.). *Esquizofrenia, Estado Actual y Perspectivas*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, 2001.
50. NATIONAL ASSOCIATION FOR MUSIC THERAPY, INC.: *Music Therapy as a Career, Brochure*. Washington, 1980.
51. PAVLICIEVIC M, TREVARTHEN C, DUNCAN J: Improvisational music therapy and the rehabilitation of persons suffering from chronic schizophrenia. *J Music Therapy*, XXXI:86-104, 1994.
52. PAVLICEVIC M, TRAVARTHEN C: A musical assessment of psychiatric states in adults. *Psychopathology*, 22:325-334, 1989.
53. PENN DR, MUSER KT: Research update on the psychosocial treatments of schizophrenia. *American J Psychiatry*, 153:607-617, 1996.
54. SCHOOLER NR, KEITH SJ, SEVERE JB, MATTEWS SM, BELLACK AS, GLICK ID, HARGREAVES WA, KANE JM, NINAN PT, FRANCES A, JACOBS M, LIEBERMAN JA, MANCE R, SIMPSON GM, WOERNER MG: Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. *Archives General Psychiatry*, 54:453-463, 1997.
55. SOLINSKI S, JACKSON HJ, BELL RC: Prediction of employability in schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 7:141-148, 1992.
56. STEPHENS G: The use of improvisation for developing relatedness in the adult client. *Music Therapy*, 3(1):29-42, 1983.
57. SVENSSON B, HANSSON L: Perceived curative factors and their relationship to outcome: a study of schizophrenic patients in a comprehensive treatment program based on cognitive therapy. *European Psychiatry*, 13:365-371, 1998.
58. TANG W, YAO X, ZHENG Z: Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A 1 month randomized controlled trial in Shanghai. *British J Psychiatr*, 165 (supl. 24):38-44, 1994.
59. TARRIER N, BOBES S: The importance of psychosocial interventions and patient involvement in the treatment of schizophrenia. *International J Psychiatry Clinical Practice*, 4(Supl.):S35-S51, 2000.
60. THAUT: Music therapy, affect modification and therapeutic change: Toward an integrative model. *Music Therapy Perspectives*, 7:55-62, 1989.

61. THAUT: Neuropsychological processes in music perception and their relevance in music therapy. En: Unkefer R (Ed). *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders: Theoretical Bases and Clinical Interventions*, 3-32, Schirmer Books, Nueva York, 1990.
62. TOMARAS V, VLACHONIKOLIS IG, STEFANIS CN, MADIANOS M.: The effect of individual psychosocial treatment on the family atmosphere of schizophrenic patients. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 23:256-261, 1988.
63. TOMPKINS L, GOLDMAN R, AXELROD B: Modifiability of neuropsychological dysfunction in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 38:105-111, 1995.
64. VARTIAINEN H, VUORIO O, HALONEN P, HAKOLA P: The patients' opinions about curative factors in involuntary treatment, 1995.
65. WALLACE CJ BOONE SE: Cognitive factors in the social skills of schizophrenic patients. *Implications Treatment. Nebraska Symposium on Motivation*, 31:283-318, 1983.
66. WYKES T: The rehabilitation of cognitive deficits. *Psychiatric Rehabilitation Skills* (Sum), 4(2):234-248, 2000.