



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2017/2018

TRABAJO FIN DE GRADO

¿Pueden ser la música y la terapia ocupacional buenas aliadas?:
Programa de intervención en esquizofrenia paranoide

Can music and occupational therapy be good allies ? : Intervention
program in paranoid schizophrenia

Autor/a: Amira Falah Reyes

Director 1. Mercedes Miguelena Bobadilla

ÍNDICE

Resumen.....	2
1. Introducción	
1.1. Justificación del programa.....	3
1.2. Justificación desde la terapia ocupacional.....	5
1.3. Elección de marcos/modelos conceptuales.....	6
1.4. Objetivos.....	7
2. Metodología	
2.1. Búsqueda bibliográfica.....	8
2.2. Criterios de inclusión del programa.....	8
2.3. Fases del programa.....	9
3. Desarrollo	
3.1. Resultados de la evaluación inicial.....	10
3.2. Delimitar recursos.....	11
3.3. Definición de las acciones/actuaciones del programa.....	11
3.4. Descripción de las acciones/actuaciones.....	12
3.5. Evaluación del programa.....	15
4. Conclusiones.....	16
5. Bibliografía.....	18
6. Anexos.....	22

RESUMEN

El hecho de que la música sea una experiencia humana común y la evidencia de sus efectos beneficiosos en el campo de la salud mental mejorando el estado anímico de la persona, nos permite su empleo como herramienta terapéutica en terapia ocupacional.

En este trabajo se presenta una forma de intervención utilizando la música como aliada principal. Va dirigida a personas con esquizofrenia paranoide en la fase estable de su enfermedad y que son usuarios de un CRPS.

Los modelos que fundamentan o sustentan este programa son el Modelo de Ocupación Humana, el Modelo Canadiense, el Modelo Psicodinámico y el Marco de Trabajo de la Aota.

El objetivo principal de este programa es contribuir a mejorar la sensación de bienestar en la persona mediante el aumento de la motivación, las relaciones interpersonales y el descubrimiento de nuevos intereses, entre otras propuestas.

Asimismo, el motor de realizar este programa es en parte debido a la poca evidencia científica que existe en cuanto a trabajos que avalen los efectos de la música en salud mental a través de la terapia ocupacional, y permitir así un aporte más de cara a futuras investigaciones.

Palabras clave: Música, esquizofrenia, paranoide, programa, intervención, terapia ocupacional, musicoterapia.

1. INTRODUCCION

1.1 Justificación del programa

Dos grandes filósofos como lo fueron Platón y Aristóteles describieron **la música** como "*modificadora del humor y de las emociones*". Ésta ha sido usada de forma terapéutica desde que se tiene constancia de ello, y ha demostrado tener efectos beneficiosos en pacientes con problemas psiquiátricos. ⁽¹⁾

Las respuestas emocionales en relación con la música están bien documentadas en la literatura de investigación, pues son una experiencia sensorial humana común. Se ha demostrado que los pacientes psiquiátricos perciben la expresividad en la música del mismo modo que las personas que no padecen ningún tipo de trastorno mental. Estos resultados justifican el empleo de la música como una modalidad terapéutica para individuos con enfermedad mental. ^(2,3)

Una de las patologías más comunes en el ámbito de la psiquiatría es la esquizofrenia, pues afecta al 1% de la población mundial, y está caracterizada por ser un trastorno mental crónico, severo e incapacitante cuyas manifestaciones pueden ser diferentes en cada persona que la presente. ^(4,5) La etiología y fisiopatología de la esquizofrenia son complicadas de determinar por lo que su diagnóstico es meramente clínico. Aun con todo se ha comprobado la presencia de una serie de factores que pueden desencadenarla, tales como la edad, la personalidad, factores ambientales y genéticos. La diferencia más notoria entre hombres y mujeres es la presencia más temprana en ellos (entre los 15 y los 20 años) y una aparición más tardía en ellas (entre los 15 y los 30, y un pico adicional de entre 45 y 50 años, coincidiendo así con la llegada de la menopausia). ⁽⁶⁾ Esta patología puede darse tanto de manera súbita como gradual, y una vez instaurada, su desarrollo se presenta en fases: Aguda, cuando se manifiestan los síntomas, o estable, cuando estos remiten o quedan en un segundo plano. ^(7,8,9)

Los síntomas y signos comunes de la enfermedad se relacionan con una afectación principal a la cognición y la conducta, así como a la regulación de las emociones, la motricidad y la volición.

Estos síntomas son clasificados en dos grupos: positivos y negativos, siendo las alucinaciones, delirios o trastornos del pensamiento e incluso del movimiento (catatonia o movimientos agitados) pertenecientes al primer grupo, y la regulación e interrupción de las emociones (anhedonia, abulia...) y cambios en el comportamiento normal de la persona, al segundo grupo.

El DSM-V (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) plantea el hecho de la existencia de más de un tipo de esquizofrenia atendiendo a la aparición de los síntomas en el paciente, siendo esta clasificada mediante subtipos clínicos: Paranoide, catatónico, desorganizado, indiferenciado y residual. (5,9,10)

La esquizofrenia de tipo paranoide es la más común, con una aparición entre mitad de la segunda década de vida y la tercera, y caracterizada por una sintomatología -añadida a la común en todas las esquizofrenias- basada en la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes, siendo las ideas de persecución o de grandeza las más comunes, y sin presentar un lenguaje desorganizado ni catatonia. Este subtipo de esquizofrenia tiene mejor pronóstico que otros mencionados anteriormente. (9,11,12)

Enlazando así la primera idea expuesta acerca de la música con una de las patologías más comunes en salud mental, la propuesta de intervención que se planteará a lo largo de este trabajo se basa en emplear la música como compañera de la terapia ocupacional para mejorar la repercusión que tiene la sintomatología de la esquizofrenia en el día a día del que la padece. La música se considera un recurso adecuado para favorecer las funciones cognitivas y mejorar el estado anímico de la persona. (13,14)

La intención de este programa es realizarlo junto con un equipo multidisciplinar en un Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), cuyo objetivo principal es optar por un modelo de intervención comunitario y evitar la institucionalización permitiendo así a los usuarios recuperar o restaurar

aquellas habilidades que favorecían su desempeño ocupacional, así como ayudarles a alcanzar el máximo grado de autonomía personal, social y laboral. Estos centros están provistos de equipos multidisciplinares (médicos psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales...) y un grupo de entre 30-40 usuarios que acuden en función del plan individualizado de tratamiento que se haya adaptado a la entrevista y evaluación inicial y a los objetivos a conseguir primero por la persona y después por los profesionales. ^(15,16,17,18)

1.2 Justificación desde la terapia ocupacional

La terapia ocupacional se contempla como una profesión holística. Está definida como *"el arte y la ciencia de ayudar a las personas a hacer actividades de la vida diaria que son importantes y significativas para su salud y bienestar a través de la participación en ocupaciones valoradas"* (Crepeau, Cohn, & Schell) por lo que entendemos que comprende una dimensión artística de la cual podemos sacar partido. ⁽¹⁹⁾

La musicoterapia está íntimamente unida con las ciencias de la salud, siendo la Terapia Ocupacional una de ellas, como fue comprobado tras la segunda Guerra Mundial donde los primeros terapeutas ocupacionales emplearon la música como parte de sus tratamientos. ⁽²⁰⁾

Más recientemente se han realizado estudios de los beneficios de la música desde terapia ocupacional en neurología. Un ejemplo curioso de ello es el uso de música electrónica en la rehabilitación de lesión de médula espinal donde por medio de un programa de terapia ocupacional los pacientes creaban música a través de la conexión de un goniómetro electrónico a un ordenador y a sus extremidades lesionadas. El objetivo era que al realizar un movimiento el ordenador producía un tono según el grado de movilidad. Esto ayudaba a motivar a los usuarios en la participación de su tratamiento y les hace sentir más fuertes físicamente. ⁽²¹⁾

Otro caso interesante, es la aplicación de música clásica y "ruido blanco" a pacientes con el síndrome de heminegligencia unilateral, aportando como resultados un avance positivo en aquellos que fueron expuestos a la música clásica durante sus tratamientos, favoreciendo así la atención visual del lado lesionado. ⁽²²⁾

El ánimo de querer utilizar la música como herramienta, está basada en los diferentes estudios que han arrojado buenos resultados de su aplicación en salud mental, concretamente en la esquizofrenia. Aunque no se persigan los objetivos que plantea la ciencia de la musicoterapia, es interesante tener presente la relación entre los beneficios de la música como terapia y la terapia ocupacional, más todavía sabiendo de los pocos estudios publicados que indiquen evidencias acerca de la música en salud mental desde la visión de la terapia ocupacional. ^(23,24,25,26)

Considerando la filosofía holística que caracteriza a la terapia ocupacional, y el uso tradicional de la creatividad como una de las herramientas principales, la música puede ser una buena propuesta creativa a modo de instrumento de intervención, dada la capacidad que tiene para unir a las personas emocionalmente y para cambiar el comportamiento fisiológico, las sensaciones y la percepción subjetiva del tiempo. ^(27,28)

1.3 Elección de los marcos/modelos conceptuales

El principal modelo en el que se basa el programa es el **Modelo de Ocupación Humana** (MOHO), ya que explica de qué modo la ocupación es el aspecto central de la experiencia humana, ayuda a determinar las prioridades de las personas y además proporciona una visión holística de los mismos.

Este modelo propone un proceso orientado en tres estados de cambio que constituyen el "continuo volitivo": Exploración, competencia y logro, y divide al ser humano en tres niveles (volición, habituación y ejecución) que aportan una perspectiva abierta y dinámica, y ayudan a formar un todo coherente en relación con la persona. Asimismo, los instrumentos de valoración del MOHO serán los escogidos para evaluar y conocer los puntos fuertes y débiles de los usuarios del programa, y pautar así el proceso de intervención, pues según los objetivos a plantear, nos aportarán la información necesaria. ^(4,29)

También se ha tenido en consideración el **Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional** pues sitúa a la "espiritualidad" de la persona por encima de los aspectos físicos, psíquicos, sociales, culturales y ambientales, dándole un significado a la ocupación y poniéndola en sintonía con la felicidad.

Además, siguiendo su filosofía, el cliente es libre de la decisión de sus acciones y su participación en las ocupaciones, lo que permite reforzar en la persona la identidad personal y proporcionar bienestar. ^(4,30,31)

Otro marco utilizado es el **Marco de Referencia Psicodinámico**, fundamentado en la teoría psicoanalítica desarrollada por Freud. Este marco nos da explicaciones acerca del comportamiento humano que se encuentra en parte motivado por el inconsciente. Postula el acceso a la estructura de su personalidad e influir en su modificación, pues ésta está formada por componentes intrapsíquicos que regulan los procesos de socialización, la satisfacción de las necesidades individuales y los valores y creencias de la persona. ⁽³²⁾

Por último, destaca también el seguimiento del **Marco de Trabajo de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA)**, como guía de toda intervención terapéutica para analizar y plantear la intervención. ⁽³³⁾

1.4. Objetivos

Objetivo general:

Mejorar la sensación de bienestar en la persona

Objetivos específicos

- ✓ Favorecer o ayudar a la persona a estar en contacto con la realidad
- ✓ Mejorar o estimular la condición física
- ✓ Mejorar la motivación
- ✓ Favorecer las relaciones interpersonales y así aumentar los intereses y contactos sociales
- ✓ Descubrir en los usuarios nuevos intereses y gustos

2. METODOLOGIA

2.1. Búsqueda bibliográfica

Para realizar este trabajo he consultado diversas referencias bibliográficas tanto en castellano como en inglés:

1. Fuentes primarias utilizadas: The Open Journal of Occupational Therapy (OJOT); Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia (TOG); American Journal of Occupational Therapy(AJOT); libros del catálogo de la biblioteca de la Universidad de Zaragoza.

2. Fuentes secundarias utilizadas: OTSeeker; Dialnet; PubMed, ScienceDirect, Google Academic.

Las principales palabras clave utilizadas para la búsqueda de los diferentes artículos han sido: *esquizofrenia, esquizofrenia paranoide, terapia ocupacional y esquizofrenia, música, musicoterapia, terapia ocupacional y música, salud mental y terapia ocupacional*

2.2. Criterios de inclusión del programa

Este programa va destinado a aquellas personas que cursen con esquizofrenia paranoide. Para favorecer un ambiente estable y homogéneo deben comprender entre 25-35 años y cumplir una serie de requisitos:

- Cumplimiento del tratamiento farmacológico y seguimiento médico continuo por parte del responsable sanitario a cargo
- Estar en la fase estable de la enfermedad
- Presentar una afectación ocupacional: No poder relacionarse socialmente, no poder realizar sus actividades significativas por miedo o por inseguridad, no llevar una rutina marcada...
- Tener una actitud participativa y comprometida

El programa está pensado para que lo realice el terapeuta ocupacional de un CRPS que lleve el suficiente tiempo trabajando en él como para tener un conocimiento previo sobre la historia clínica y ocupacional de cada paciente, para así poder agilizar todo el proceso. En caso contrario, se deberá contemplar la idea de realizar las entrevistas y el proceso de selección pertinente para poder cumplir los requisitos necesarios antes de llevar a cabo el programa.

2.3. Fases del programa

El programa se ejecutará en un período de 6 meses. Estará dividido en 3 fases siguiendo el proceso del Marco de Trabajo de la AOTA:

- **Evaluación (1ºmes):** El objetivo es evaluar los intereses de cada usuario e identificar los problemas.

Las herramientas de evaluación empleadas proceden del MOHO: ⁽²⁹⁾

- o Cuestionario volicional: Este nos muestra información acerca del valor y la motivación que las ocupaciones generan en el paciente.
- o OSA: Nos proporciona una autoevaluación sobre cómo la persona percibe las competencias ocupacionales, sus valores y el impacto del ambiente sobre ellos.
- o ACIS: Valora las habilidades de comunicación e interacción

Asimismo, también se les administrará a los usuarios un cuestionario personalizado (ANEXO 1) orientado a conocer sus gustos musicales y su interés por la música.

- **Planificación e implementación de la intervención (2º-5º mes):** Se desarrolla el programa diseñado para la obtención de los objetivos propuestos, basado en una serie de actividades en relación con el tema principal -la música- y ajustado a los intereses y gustos de los usuarios. Se realizará todo en sesiones grupales de 8-10 participantes, no demasiados, para tener una mejor atención y acogida por parte de todos. Para ello será necesario conocer y organizar los recursos del centro, así como una coordinación con el equipo multidisciplinar.
- **Revisión de resultados (6º mes):** Se evaluarán los resultados de la intervención volviendo a emplear las mismas herramientas de la evaluación inicial para ver si se han producido cambios con respecto a la primera, así como también se evaluará el nivel de satisfacción (ANEXO 2) por parte de los usuarios con respecto al programa. Por último, se tendrá en cuenta la opinión de los familiares más cercanos mediante un cuestionario (ANEXO 3). También será necesaria la visión y opinión clínica del resto del equipo multidisciplinar de la evolución de

los pacientes tras la intervención, todo ello aportado durante reuniones de equipo elaboradas periódicamente.

3. DESARROLLO

3.1 Resultados de la evaluación inicial

Una evaluación inicial nos acercará a los intereses y necesidades de cada integrante del grupo, así como a las áreas que más flaquean. El objetivo de la intervención será cubrir aquellas demandas que precise el usuario, trabajando las consecuencias que trae en la vida de las personas la sintomatología de la enfermedad.

Al tratarse de una propuesta hipotética no se puede contar todavía con resultados reales, pero guiándonos por los componentes del MOHO evaluados y de la bibliografía revisada se puede concluir a modo de hipótesis los siguientes resultados: ^(29, 34,35)

COMPONENTE DEL MOHO	RESULTADOS HIPOTETICOS
VOLICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de motivación e iniciativa propia -Causalidad personal afectada -Dificultad para asentar intereses y participar en actividades significativas -Déficit de valores
HABITUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de roles ocupacionales -Rutinas desorganizadas -Hábitos poco saludables y sedentarios -Ausencia de participación en roles significativos
CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	<ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para desarrollar habilidades sociales -Limitación en habilidades del procesamiento

3.2. Delimitar recursos

Para realizar el programa, será necesario contar con una sala lo suficientemente espaciosa para poder juntar a todo el grupo de 8-10 personas sin que se sientan agobiadas dentro del entorno, además deberá ser un lugar con buena iluminación y climatización, así como buena acústica, esto último sobre todo al tratarse de un programa en la que la principal herramienta es la música.

Un 10% del programa estará orientado a realizar actividades culturales que tengan que ver con la música pero que se realicen fuera del centro, es decir, eventos musicales, conciertos, talleres cuyo tema sea la experiencia musical. Para ello se propone consultar boletines tales como el Cipaj o la Agenda Cultural de la localidad.

En cuanto a los materiales o dispositivos necesarios, será imprescindible contar con un equipo de música, sillas, una mesa donde poder reunir a todos en conjunto, material de reprografía y papelería. Siempre puede haber algún material adicional que se pueda incorporar en caso de ser necesario en la actividad.

3.3. Definición de las acciones/actuaciones del programa

Este programa se basa en tener la música como principal aliada en cada una de las diferentes actividades en las que se desarrolle, está basado en las premisas de la musicoterapia, sin ser ésta la doctrina de intervención. Los terapeutas ocupacionales encargados de ejecutar el programa deben coordinar junto con el equipo multidisciplinar del centro un horario donde poder acordar las diferentes actividades y que no coincidan con otras.

El programa tendrá una duración de 6 meses, con sesiones diarias de 2h y una pausa intermedia de 10 minutos para evitar la saturación de los usuarios, exceptuando las actividades culturales fuera del centro, en las cuales la pausa se realizará cuando acabe. Todas las sesiones tendrán a cargo uno o dos terapeutas y se realizarán siempre de forma grupal y en horario de mañanas las que se ejecuten dentro del CRPS, y de mañanas o tardes, según este planificada, toda aquella actividad cultural fuera del centro.

3.4. Describir las acciones/actuaciones

Todas las actividades diseñadas dentro del programa están destinadas a los participantes del grupo, teniendo en cuenta sus necesidades, intereses y capacidades.

Durante el primer mes se realizarán las evaluaciones mencionadas a cada uno de los participantes, y se presentará una propuesta de horario donde se ordenarán las actividades ocupacionales y así favorecer la orientación temporal marcando una serie de rutinas que favorezcan una organización en los usuarios:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00					
10:00	Música y	Música y	Música y	Música y	Música y
10:00	debate	cognición	creatividad	movimiento	ocio
11:00					

La primera sesión estará destinada a la presentación del programa y de los terapeutas a los usuarios seleccionados. Para ello se les citará a modo de asamblea en la sala donde se realizarán la mayoría de las sesiones para que así se vayan familiarizando con el entorno. Se expondrá el horario, se les dará en mano y se explicará brevemente cada actividad, así como el requisito de tener un compromiso mínimo con el programa, haciendo constancia de las ausencias en una hoja de registro.

Las actividades expuestas en el horario serán:

- **Música y debate:** Lo recomendable de esta actividad es que esté situada en lunes debido al aletargamiento que deja el fin de semana, pues no requiere de un gran esfuerzo mental ni físico y permite ir “despertando” a la persona de cara a la semana. Es una actividad que consiste en que un integrante del grupo presente una canción y exponga frente a sus compañeros por qué le gusta y por qué la ha elegido. Éstos deberán dar sus opiniones al respecto tras oírla y comentar qué sensaciones les genera esa pieza musical. La primera sesión de esta actividad la empezará el terapeuta aportando una pieza musical, lo que facilitará el inicio del programa, y servirá de ejemplo de cómo realizar la actividad para las próximas sesiones.

- Objetivos de la actividad:

- ❖ Dar un sentido del "yo" y reforzarlo en cada uno de los pacientes
- ❖ Descubrir nuevos intereses en la persona
- ❖ Favorecer las relaciones interpersonales
- ❖ Mejorar la toma de decisiones y adoptar una postura propia
- ❖ Facilitar la capacidad de iniciativa

- **Música y cognición:** La idea de esta actividad es memorizar una pieza musical o una serie de ritmos que luego habrá que tararear o repetir. Cada usuario participará aportando sus propios ritmos y crear así una melodía en cadena. Esto ayudará a favorecer las funciones mentales primarias tales como la memoria, la atención y la concentración, pues son necesarias para poder realizar posteriores actividades más complejas.

Esta actividad puede generar agotamiento mental por lo que se puede optar por dividirla en dos partes: una de cognición como tal y la otra de relajación. Para ello se reproducirá un tema musical relajante y se les dará indicaciones a los usuarios de cómo manejar su respiración y movimientos para que poco a poco vayan notando un mayor descanso general. Está indicada la música de ritmos suaves como método de relajación, debido a la capacidad que tiene de modificar la respiración y la frecuencia cardíaca. ⁽²⁷⁾

- Objetivos de la actividad:

- ❖ Mejorar las funciones cognitivas: Atención, concentración y memoria
- ❖ Exploración de la imaginación
- ❖ Relajarse
- ❖ Favorecer la expresión

- **Música y creatividad:** Actividad basada en plasmar en un papel en blanco ideas y sensaciones que una pieza de música puede crear en la persona, esto puede dar lugar a que posteriormente quieran compartirlo con el resto del grupo. Las piezas musicales serán preferiblemente de temática y ritmo suave, que favorezcan ideas positivas en la persona. ⁽²⁷⁾
 - Objetivos de la actividad:
 - ❖ Promover la capacidad de imaginación y creatividad
 - ❖ Relajación
 - ❖ Favorecer las relaciones interpersonales
 - ❖ Expresar sentimientos y emociones de manera no verbal y explorar otra vía de comunicación
 - ❖ Favorecer la motivación

- **Música y movimiento:** Se realizará ejercicio físico que incluya movimientos rítmicos corporales acordes con el tema musical, o actividades de deporte con música de ritmo rápido para tener una mayor conexión con la cadencia de los ejercicios. ⁽²⁷⁾ La sesión debe incluir calentamiento y estiramiento al empezar y finalizar el ejercicio. Para ello también será necesario reducir el tiempo medio de realización de las sesiones y limitarlo a 1h para no provocar un cansancio excesivo en los usuarios.
 - Objetivos de la actividad:
 - ❖ Favorecer la conciencia corporal
 - ❖ Mejorar la condición física
 - ❖ Favorecer las relaciones entre los usuarios
 - ❖ Favorecer una rutina de ejercicio físico

- **Música y ocio:** Esta sesión consistirá en alternar una semana de participar y acudir a una actividad cultural en relación con la música que previamente se haya propuesto y decidido en grupo (conciertos, musicales, talleres), con una semana de preparación de una coreografía grupal. De esta manera, al alternar una semana de actividad cultural y otra de preparación de una coreografía se dará opción a no agotar las escasas alternativas de ocio de la ciudad que se

puedan presentar en lo que dura el programa, y tener además otro proyecto en el que trabajar.

- Objetivo de la actividad:
 - ❖ Mejorar las relaciones interpersonales
 - ❖ Crear un ambiente de seguridad
 - ❖ Fortalecer trabajo en equipo
 - ❖ Crear un ambiente de respeto hacia los demás
 - ❖ Explorar otras alternativas de ocio

3.5. Evaluación del programa

Haciendo énfasis en la idea de que todo lo propuesto es un proyecto hipotético, tras haber reevaluado a los usuarios y guiándonos por los objetivos planteados, los resultados esperados serán:

- Mejoría en cuanto a la motivación personal por realizar actividades nuevas o mantener las actuales
- Mejoría en mantener unos hábitos diarios significativos en la persona
- Mejoría en tener ocupaciones más significativas
- Mejoría del contacto interpersonal y mantener una red social
- Interesarse en realizar nuevas actividades

Sumado a todo ello, se espera un porcentaje cercano al 100% en cuanto a la participación y compromiso con el programa, todo ello reflejado en el registro de asistencia, así como también un nivel de satisfacción elevado por parte de todos los participantes y familiares.

4. CONCLUSIONES

Parece comprobado que la música ayuda a mejorar el estado anímico y psíquico de la persona y que es un bien común presente en muchas vivencias de toda nuestra existencia.

La terapia ocupacional es la mezcla de ciencia y arte, y las intervenciones a través de su carácter artístico permiten formas de innovación, siguiendo siempre los criterios de su parte científica. Es por ello por lo que considero oportuno utilizar la música como una herramienta, una compañera, y aprovechar de su potencial artístico para dar variedad a las actividades de salud mental comunitaria.

La escasa bibliografía científica encontrada acerca del tema expuesto genera en mí la necesidad de querer explorar más este terreno poco investigado y abrir una vía diferente de intervención.

La limitación más palpable dentro de este programa es la posibilidad de no conseguir un compromiso activo por parte de los usuarios, todo ello debido a su falta de motivación, la abulia propia de la enfermedad y la incapacidad de mantener una rutina.

Los resultados esperados no pueden atribuirse en exclusividad a este programa de intervención, lógicamente habrá de tenerse en cuenta los factores personales, ambientales y resto de tratamientos de cada usuario. No obstante, esta propuesta contribuirá a favorecer la obtención de estos.

Por último, me gustaría hacer referencia al poder de la música de unir emocionalmente a las personas y tenerlo en cuenta en futuras intervenciones para conseguir una relación terapéutica más fluida y de confianza que permita un mejor entendimiento entre usuario y terapeuta ocupacional.

5. BIBLIOGRAFIA

1. SALAS PINO, Lourdes. Terapia musical en pacientes psiquiátricos con conductas suicidas. NURE Investigación, [S.l.], oct. 2004. ISSN 1697-218X. Disponible en: <<http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/194>>. Fecha de acceso: 19 feb. 2018
2. De L'Etoile SK. The effectiveness of music therapy in group psychotherapy for adults with mental illness. Arts in Psychotherapy. 2002;29(2):69-78. Available from, DOI: [10.1016/S0197-4556\(02\)00139-9](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(02)00139-9)
3. Zárate D P, Díaz T V. Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. Revista médica de Chile. febrero de 2001;129(2):219-23.
4. Tolón Gómez J, Salvanés Pérez R. Terapia Ocupacional en psiquiatría. 3ª ed. Zaragoza: Mira Editores, S.A; 2003
5. Padín GA. Esquizofrenia. Cuadernos del Tomás. 2012;(4):151-72.
6. Usall J, Coromina M, Sanitari Sant P, De J, Sant D, De B, et al. Género y esquizofrenia. 2018.
7. García-Bóveda RJ, Morejón AJV. Esquizofrenia y género. Apuntes de Psicología. 2012;30(1):419-34.
8. Chinchilla Moreno, A. Las esquizofrenias. 1ª Ed. Barcelona: Masson; 1996.
9. Asociación americana de Psiquiatría. DSM-V. 5ª Ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2014.
10. 21-Esquizofrenia.pdf [Internet]. [citado 6 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/21-Esquizofrenia.pdf>

- 11.Lake CR. Hypothesis: Grandiosity and Guilt Cause Paranoia; Paranoid Schizophrenia is a Psychotic Mood Disorder; a Review. Schizophr Bull. 1 de noviembre de 2008;34(6):1151-62.
- 12.Marneros A, Pillmann F, Wustmann T. Delusional Disorders—Are They Simply Paranoid Schizophrenia? Schizophr Bull. 1 de mayo de 2012;38(3):561-8.
- 13.Anticevic A, Schleifer C, Youngsun TC. Emotional and cognitive dysregulation in schizophrenia and depression: understanding common and distinct behavioral and neural mechanisms. Dialogues Clin Neurosci. diciembre de 2015;17(4):421-34.
- 14.Monleón MCB, Andreu JAL. Psicología Infanto-Juvenil: Incorporación de la música a la terapia cognitiva para la sintomatología depresiva en adolescentes. Cuadernos de medicina psicopatológica y psiquiatría de enlace. 2013;(108):42-9.
- 15.Belloso Ropero JJ, García Albea E, de Prado E. Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1 de enero de 2000;20(73):023-40.
- 16.Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Terapia Ocupacional en salud mental. 1ª Ed. Barcelona: Elsevier Masson;2012.
- 17.Sánchez MV. Terapia ocupacional en centros de rehabilitación psicosocial: a propósito de un caso clínico de esquizofrenia paranoide. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG. 2011;(14):15.

18. Bejerholm U, Eklund M. Occupational Engagement in Persons With Schizophrenia: Relationships to Self-Related Variables, Psychopathology, and Quality of Life. *Am J Occup Ther.* 1 de enero de 2007;61(1):21-32. (CRPS)
19. Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. B. Contemporary Occupational Therapy Practice in the United States. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. B Schell (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 11th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. 216-229.
20. Gómez Muñoz C. *Intervención desde Terapia Ocupacional en Salud Mental*. 1ª Ed. España: Monsa-Prayma; 2013.
21. Lee B, Nantais T. Use of Electronic Music as an Occupational Therapy Modality in Spinal Cord Injury Rehabilitation: An Occupational Performance Model. *American Journal of Occupational Therapy.* 1 de mayo de 1996;50(5):362-9.
22. Tsai P-L, Chen M-C, Huang Y-T, Lin K-C, Chen K-L, Hsu Y-W. Listening to Classical Music Ameliorates Unilateral Neglect After Stroke. *American Journal of Occupational Therapy.* 1 de mayo de 2013;67(3):328-35.
23. Loroño A. Esquizofrenia y Musicoterapia. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado.* 1996;(26):91-102.
24. Campo MV, López YM. ¿Tiene efecto terapéutico la música en pacientes que padecen esquizofrenia? *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia.* 2013;10(42):15.
25. Sosa JJS, Troice EM. La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud mental.* 2003;26(4):47-58.

26. He H, Yang M, Duan M, Chen X, Lai Y, Xia Y, et al. Music Intervention Leads to Increased Insular Connectivity and Improved Clinical Symptoms in Schizophrenia. *Front Neurosci* [Internet]. 23 de enero de 2018 [citado 27 de febrero de 2018];11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5787137/>
27. Poch Blasco S. Musicoterapia en psiquiatría. 1ª Ed. España: Editorial Médica Jims, S.L; 2013.
28. MacRae A. Should Music Be Used Therapeutically in Occupational Therapy? *American Journal of Occupational Therapy*. 1 de marzo de 1992;46(3):275-7.
29. Kielhofner, G. Terapia Ocupacional. Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. 3ª Edición. Editorial médica Panamericana; 2002.
30. C.A.O.T. Enabling occupation: An occupational therapy perspective. Canadian Association of Occupational therapist, CAOT; 1997
31. Algado SS. El modelo canadiense del desempeño ocupacional I. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*. 2006;(3):5.
32. Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional: Teoría y técnicas. 1ª Ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2003.
33. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Ed. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [12 de abril de 2018]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.)

34. Nieto-Muñoz L, Martín-Murcia F, Navarro N, Marín. Valores en esquizofrenia. 2012.

35. Ennals P, Fossey E. The Occupational Performance History Interview in community mental health case management: Consumer and occupational therapist perspectives. *Australian Occupational Therapy Journal*. 1 de marzo de 2007;54(1):11-21.

6. ANEXOS

ANEXO 1

Nombre y Apellidos:

Fecha:

1. ¿Te gusta la música?
2. ¿Escuchas música a menudo? ¿Cuánto?
3. ¿Qué tipo de música te gusta? (Ej.: Pop, Rock, Jazz...)
4. ¿Cuál es tu cantante o grupo favorito?
5. ¿Dónde o en qué momento del día escuchas música?
6. ¿Te hace sentir bien la música?
7. ¿Te gustaría escuchar música diferente a la que estás acostumbrado a oír?
8. ¿Crees que la música es importante en nuestras vidas? ¿Por qué?
9. ¿Qué te aporta la música?
10. Dime alguna actividad que te gustaría unir con la música (Ej.: Leer mientras escucho música)

ANEXO 2

Nombre y Apellidos:

Fecha:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Muy en desacuerdo	NS/NC
Me siento capaz de empezar cosas nuevas	5	4	3	2	1	0
Tengo interés por realizar actividades distintas a las mías	5	4	3	2	1	0
Me más veo motivado cuando realizo actividades	5	4	3	2	1	0
Considero que me relaciono más con la gente	5	4	3	2	1	0
Me he sentido mejor escuchando música	5	4	3	2	1	0
Me siento más organizado en mi día a día	5	4	3	2	1	0
Participo más en conversaciones y doy mi opinión	5	4	3	2	1	0
Me siento mejor conmigo mismo	5	4	3	2	1	0

- ¿Mejorarías algo del programa realizado en estos 6 meses? Si es que sí, di el qué
- Opinión personal y sugerencias acerca del programa: (¿Qué te ha aportado que no figure en el cuestionario?)

ANEXO 3

Nombre y Apellidos:

Nombre y apellidos del familiar del programa:

Fecha:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Muy en desacuerdo	NS/NC
Lo noto más motivado en sus actividades	5	4	3	2	1	0
Tiene más interés en realizar cosas nuevas	5	4	3	2	1	0
Se relaciona más con la gente	5	4	3	2	1	0
Realiza más actividades de ocio	5	4	3	2	1	0
Incluye más la música en sus actividades	5	4	3	2	1	0
Se muestra más independiente en sus rutinas	5	4	3	2	1	0
Tiene mayor organización en su día a día	5	4	3	2	1	0
Se le nota más animado	5	4	3	2	1	0

- Opinión personal y sugerencias: (Puede dejar plasmado algún aspecto que no figure en el cuestionario)