

Evaluación de la influencia de las intervenciones Enfermería y de la Psicología de la Música en el cumplimiento del tratamiento, la capacidad funcional, la calidad de vida y las relaciones sociales de los pacientes psiquiátricos de Concepción del Uruguay

Salvi, Norma Beatriz; Larrechart, Silvia; Sittner, Hilda Mabel; Blanc, Ariel Gerardo; Paoli, Natalia Soledad; Manzanares, Fernando

AUTORES: Cátedra Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental y Enfermería Comunitaria de la Carrera Licenciatura en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Entre Ríos (Concepción del Uruguay, Entre Ríos, Argentina)

CONTACTO: normaentrierios@hotmail.com / normasalvi@fcs.uner.edu.ar

Resumen

La articulación de las intervenciones de seguimiento a través del proceso de enfermería (PAE) y sesiones de psicología de la música, han tenido el objetivo de contribuir a mejorar su calidad de vida, adherencia al tratamiento y relaciones interpersonales, brindándole recursos para la interacción y manejo de situaciones problemáticas. Se administraron instrumentos que evalúan adherencia al tratamiento (DAI-10) y calidad de vida (QoL), en dos instancias: pre y pos intervención. Se desarrollaron doce meses de intervenciones de Enfermería y de Psicología de la Música. El QoL arrojó diferencias estadísticamente significativas entre el pre y pos test en el factor de las relaciones interpersonales, en el rol instrumental fueron moderados, manteniéndose igual en el factor funciones intrapsíquicas. El grupo instituido con los enfermeros y el grupo de Música es el lugar de expresión, y red más significativa. Las habilidades sociales desarrolladas, deben ser ampliadas a otras áreas: la laboral, educativa, social.

Palabras clave: proceso de atención de enfermería; pacientes psiquiátricos crónicos; psicología de la música; calidad de vida; capacidad funcional

Influence of interventions of nursing and psychology of the music test, in the fulfillment of the treatment, the functional capacity, the quality of life and the social relations of the psychiatric patients from Concepcion del Uruguay

Abstract

The articulation of follow-up interventions through the nursing process (NAP-Nursing Attention Process-) and psychology of music sessions have had as objective the improvement of patient's quality of life, adherence to treatment and interpersonal relations, providing them resources for interaction and problematic situations' managing. Instruments that evaluate adherence to treatment (DAI-10 – Drug Attitude Inventory) and quality of life (QoL) have been administrated in two instances, pre and pos intervention. Twelve month of intervention have been developed in nursing and psychology of music. The QoL throw statistically significant differences between the pre and postest in the factor of interpersonal relations, on the other hand in the instrumental role they were moderated keeping equal in the factor of intrapsychic functions. The group

conformed by nurses and music groups is the expression place and the most significant network. The developed social skills must be extended to other areas as work, education and society.

Key words: nursing attention process; psychiatric chronic patients; psychology of the music; quality of life; functional capacity

I. Introducción

Cuando estamos enfermos, trabajar es difícil y el aprendizaje es aún más duro. La enfermedad embotada nuestra creatividad, limita las oportunidades. A menos que se prevengan las consecuencias de la enfermedad, o que al menos se las reduzca al mínimo, la enfermedad mina a las personas y las lleva al sufrimiento, la desesperanza. Siguiendo el desarrollo de las nuevas políticas sanitarias hacia las personas con trastornos mentales graves, se ha hecho necesario incorporar la medición de la calidad de vida en la evaluación de los resultados del tratamiento. Aún cuando el concepto es difícil de precisar, es posible mencionar algunas de sus características centrales, a saber, su naturaleza esencialmente subjetiva y sus dominios constitutivos principales: capacidad funcional, estado y bienestar psicológico, interacciones sociales y situación económica. En este sentido, el funcionamiento social, definido como la capacidad de conseguir y mantener un auto cuidado apropiado, una labor productiva y relaciones interpersonales significativas, sería un determinante central.

Las personas con un trastorno mental grave (TMG) se caracterizan por un deterioro marcado de su funcionamiento social, el que antecede al inicio de la enfermedad y es un importante predictor de su pronóstico, a mediano y largo plazo, incluyendo la frecuencia de recaídas y rehospitalizaciones.

Una buena calidad de atención implica que los servicios de salud mental deben:

- preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales.
- proporcionar cuidados, tanto clínicos como no clínicos, aceptados y relevantes, destinados a reducir el impacto del trastorno y a mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales.
- implementar intervenciones que ayuden a las personas con trastornos mentales a afrontar por sí mismas la discapacidad derivada de esos trastornos.
- hacer un uso más eficiente y efectivo de los escasos recursos de salud mental.
- asegurar de que la calidad de la atención mejora en todas las áreas, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en atención primaria, así como en los dispositivos residenciales comunitarios, ambulatorios y de internamiento.

En muchos países, los servicios para las personas con trastornos mentales, siguen siendo mínimos y no están a la altura de estos principios. La atención basada en la comunidad no está disponible en el 37 % de los países. Ciertos medicamentos psicotrópicos esenciales no están disponibles en el nivel de atención primaria en casi un 20 % de los países, presentando una variabilidad notable entre los países y dentro de ellos. Cerca de un 70 % de toda la población le corresponde menos de un psiquiatra por cada 100.000 habitantes (Atlas 2001). En un contexto donde los recursos son inadecuados y la salud mental está emergiendo como una nueva prioridad, la preocupación por la calidad puede parecer prematura o incluso un lujo. La calidad puede parecer más un asunto propio de sistemas bien organizados y con los recursos adecuados, que de sistemas que están en proceso de constitución.

II. Materiales y Métodos

El tratamiento integral de los trastornos mentales graves debe incluir un plan adecuado para cada paciente en donde estén contempladas las siguientes opciones de tratamiento: psicoterapia individual, psicoterapia familiar, psicoterapia grupal, comunidad terapéutica, psicodrama, hospital de día, psicoeducación, rehabilitación, terapia ocupacional y medicación antipsicótica. Todo esto, en conjunto, va a favorecer la adherencia del paciente a un tratamiento global y beneficiará así, a la larga, a todo el sistema asistencial, familiar y social. Es lo que se denomina el mejoramiento de la calidad de vida que es a lo que debe tender todo nuestro esfuerzo.

Se ha demostrado que muchas intervenciones (por ejemplo, la educación en el autocuidado; los programas de gestión de farmacias; los protocolos de intervención para enfermeros, farmacéuticos y otros profesionales de la salud; la orientación; las intervenciones comportamentales; el seguimiento y los recordatorios, entre otros) son efectivas para mejorar significativamente las tasas de adherencia terapéutica, pero se ha tendido a emplearlas de forma aislada.

Cabría prever que un enfoque unifactorial tenga una efectividad limitada si los factores que determinan la adherencia interactúan y potencian sus influencias recíprocamente, como es probable que lo hagan.

La adherencia es el factor modificable más importante que influye sobre el resultado del tratamiento. El mejor tratamiento puede resultar ineficaz, a causa de una adherencia deficiente. La mayor parte de las investigaciones se han centrado en la adherencia a la medicación, la adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. Dado que, con frecuencia la desventaja y la discapacidad de los pacientes son persistentes, la meta de la rehabilitación puede limitarse sólo a establecer un ambiente adecuado de apoyo en el que el individuo alcance sus más altos niveles de funcionamiento posible.

Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2001, llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como «el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas» era un punto de partida útil. Pero, muchos investigadores piensan que utilizar los términos: «medico» e «instrucciones» para definirlo limitan las implicancias de la adherencia terapéutica. El primero se considera insuficiente ya que las intervenciones en las enfermedades crónicas abarcan muchos tipos de acciones y cuidados que sobrepasan la esfera médica, y la expresión «seguir las instrucciones» otorga un rol pasivo al sujeto.

La relación entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria (sea médico, enfermera u otro profesional de la salud) debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno. En la bibliografía, la calidad de la relación del profesional de la salud con el paciente en tratamiento se ha identificado como un determinante importante de la adherencia terapéutica. Las relaciones efectivas se caracterizan por una atmósfera en la cual se exploran medios terapéuticos alternativos, se negocia el régimen, se trata la adherencia terapéutica y se planifica el seguimiento.

La siguiente definición de la adherencia al tratamiento prolongado, es una versión que fusiona las definiciones de Haynes y Rand: «El grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria».

La adherencia implica la conformidad del paciente con las recomendaciones del terapeuta. El sujeto debe constituirse en participante activo de la propia atención y establecer una buena comunicación con el terapeuta.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional, determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados «dimensiones», de las cuales los relacionados con el paciente solo son un determinante.

Estas dimensiones son:

- 1) Factores socioeconómicos
- 2) Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria,
- 3) Factores relacionados con la enfermedad,
- 4) Factores relacionados con el tratamiento,
- 5) Factores relacionados con el paciente

1) Factores socioeconómicos

Los factores socioeconómicos afectan la adherencia en situaciones en que las personas con (TMG) tiene que elegir entre priorizar su tratamiento o las necesidades de su familia (hijos pequeños, padres ancianos, por ejemplo)

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, el alto costo de la medicación y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento.

Un interesante estudio de Albaz, en Arabia Saudita, concluyó que las variables de organización (tiempo pasado con el médico, continuidad de la atención, estilo de comunicación con los agentes de salud y estilo interpersonal de los mismos) son mucho más importantes que las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, edad, nivel educativo y estado de salud) para afectar la adherencia terapéutica de los pacientes.

2) Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria

Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor - paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son algunos de los más relevantes: servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

3) Factores relacionados con la enfermedad

Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional) y la velocidad de progresión.

Las razones del incumplimiento pueden deberse a rasgos de personalidad o a estilos de afrontamiento anómalos como la negación de la enfermedad y evidentemente, a la presencia de un trastorno mental. La poca o nula conciencia de enfermedad del paciente y/o de su familia, dificulta enormemente el seguimiento de las pautas recomendadas, así como, la presión ambiental de la sociedad que no acepta el tratamiento psiquiátrico.

4) Factores relacionados con el tratamiento

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados a las molestias o efectos secundarios que provoca el tratamiento, la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el mismo, la inminencia de los efectos beneficiosos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

5) Factores relacionados con el paciente

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. Algunos de estos factores que influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido; las creencias negativas con respecto a su efectividad; desconocimiento y no aceptación de la enfermedad; la falta de percepción del riesgo para la salud.

Expectativas poco realistas en relación con el tratamiento conllevan a la inasistencia a las entrevistas de seguimiento, asesoramiento, o de psicoterapia; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

Las percepciones sobre la necesidad personal de medicación son influidas por los síntomas, las expectativas y las experiencias. Esas personas en general tienen conceptos erróneos acerca de la patología y concepciones ligadas a lo mágico, posesiones y «males».

Acrescentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento comportamental que deben abordarse concurrentemente con las biomédicas si se busca mejorar la adherencia general.

III. Calidad de Vida

El concepto de Calidad de Vida (cv) surge primariamente en el campo de la sociología, con el propósito de señalar las diferencias entre nivel de vida, bienes y recursos materiales que un sujeto posee y de los que puede hacer uso, la valoración personal, y por lo tanto subjetiva, que hace de esos bienes y recursos.

Sin embargo el concepto trascendió dicho ámbito y se incorporó al campo de la salud y de las prácticas médicas, donde hace referencia a una enfermedad y a las intervenciones terapéuticas que impactan al enfermo y a la percepción de su bienestar biopsicosocial, ya que aunque el tratamiento pretende mejorar el estado de salud y la misma cv, puede tener efectos adversos en esas dos instancias por efectos secundarios indeseables.

El término es una abstracción para simplificar, mostrar y explicar la realidad del continuo salud-enfermedad en relación a un tratamiento, y pretende constituir una guía de acción y una vía de acceso multidisciplinaria y comprensiva a los pacientes, la enfermedad y su cuidado.

Postula una actitud que puede brindar puentes, contactos y enlaces entre los diversos discursos sobre el ser humano enfermo, lo que adquiere particular importancia en el caso de las enfermedades crónicas, donde el poder de la medicina curativa es limitado.

La cv se considera actualmente un indicador indirecto y positivo de salud, una aproximación en pro de la salud mental de los sujetos enfermos en el marco de una medicina humanística y un modelo de evaluación. La medición de la cv resulta útil para determinar la eficacia de tratamientos, como así también comparar terapéuticas alternativas individuales y grupales. Por otro lado, permite monitorear y examinar la percepción que tienen los enfermos sobre su vida y conocer sus necesidades reales de atención. Así mismo puede permitir conocer la capacidad de los servicios existentes para satisfacer las demandas, lo que puede mejorar la calidad de intervención terapéutica.

El término se ha ido introduciendo también paulatinamente en el campo de la Psiquiatría, intentando integrar en el proceso de salud - enfermedad mental, además de evaluaciones objetivas (biológicas), evaluaciones subjetivas (psicosociales) máxime en un campo tan lleno de subjetividad. Desde los primeros trabajos sobre cv realizados en la primera mitad del siglo XX, se reconoció que el concepto incluye en su espectro elementos subjetivos que se consideran su base conceptual.

En el caso de los enfermos mentales, la falta de una conciencia clara en algunas etapas de la enfermedad, lleva a pensar que estas personas no podrán definir, por sí mismas, lo que entienden por cv, o

bien su propuesta de definirla puede ir en contra de las opiniones de los profesionales o de sus familiares, lo que lleva a un dilema ético acerca de la validez de la definición, y por lo tanto de su evaluación.

Teniendo esto en cuenta se han propuesto algunas definiciones como la de la oms, que la ha definido como la «percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses», o la definición propuesta por Lara y cols., quienes definen a la cv como la «evaluación global que el sujeto hace de su vida, y que depende tanto de las características del sujeto como de moduladores externos como la enfermedad y el tratamiento que ésta requiere». No obstante la primera definición enfatiza solo el elemento subjetivo, y la segunda ambos, así que podemos considerar que es esta la que proporciona mejor los parámetros dados externamente para que el enfermo mental, bajo control médico y tratamiento, realice en función de ellos una evaluación de su cv.

Para el caso de los pacientes psicóticos, principalmente esquizofrénicos, entre los elementos objetivos se han realizado evaluaciones de: la presencia y severidad de los síntomas y signos de la enfermedad, efectos secundarios de los medicamentos, estado de salud físico y nivel de funcionalidad. Las evaluaciones subjetivas se han dirigido a la medición de las experiencias y percepciones subjetivas de los enfermos sobre su enfermedad y su tratamiento, expectativas, estado emocional, estado psicológico, realizándose evaluaciones globales de la cv, satisfacción con la vida, relaciones sociales y familiares, finanzas o economía, humor o estado afectivo y salud o bienestar psicológico.

El cuidado de la salud no está dirigido a todas las vicisitudes de la vida, y este no solo debe mejorar los síntomas de la enfermedad, sino aspectos de la cv, buscando así una perspectiva holística de tratamiento.

En psiquiatría, el concepto de cv se utiliza con frecuencia como parte de una evaluación multidimensional de la evolución, y en la evaluación de los programas de rehabilitación y los ensayos clínicos de nuevos antipsicóticos.

Consideramos que el tratamiento de los pacientes psicóticos no debe limitarse solo a la adherencia a la terapéutica farmacológica, si no que deben incluir aproximaciones dirigidas a mejorar las áreas psicosociales (dispositivos grupales, talleres de recreación utilizando música, plástica, teatro) para así lograr una mejoría integral del sujeto, incrementar su nivel de rehabilitación y reinserción social, aspectos que constituyen unos de los objetivos de este estudio.

Las intervenciones musicales facilitan incrementos en la autoexpresión, autoestima y mejoran la comunicación interpersonal, así como el acceso a nuevas estrategias de afrontamiento por el desarrollo de más respuestas creativas.

Cassity y Theobold (1990) recogieron las técnicas utilizadas en esta población para tratar el área conductual (análisis de letras/ canciones, improvisación y movimiento), afectiva (audición y discusión posterior, improvisación instrumental, vocal y corporal y composición de canciones), sensorial (relajación y movimiento con música), imaginativa (música de fondo y relajación), cognitiva (música y pintura, audición y discusión posterior, toma de decisiones, por ejemplo: escoger una canción, y aprendizaje de instrumentos musicales, interpersonal (música placentera orientada al grupo y actividades no musicales seguidas de análisis y procesamiento de los sentimientos de los sujetos), bienestar físico (música para relajar o ejercitar), habla (canciones y cantos específicos, actividades con instrumentos de viento) y comportamiento musical (composición, cantar, tocar instrumentos y audición), con tipos específicos de actividad según el objetivo terapéutico (tocar o escuchar a una banda pop, corear canciones y escritura de letras).

Más recientemente, y específicamente para estos sujetos, la musicoterapia se ha utilizado para dirigirse a las áreas de habilidades de comunicación, estado de ánimo, autoestima, habilidades sociales, orientación a la realidad, habilidades de afrontamiento, relajación, autoconciencia, sentimiento de identidad y autoexpresión a través de técnicas como la audición, el canto, música y dibujo, tocar un instrumento, improvisación, escritura de letras de canciones, música y relajación.

Se ha encontrado una correlación entre depresión y déficit en habilidades sociales, desesperanza, escasa asertividad y baja autoestima. Las competencias emocionales son un factor importante de prevención. Hay autores; que consideran la autoestima como la competencia emocional más importante y de la que dependen las demás.

Los efectos de la música son científicamente conocidos en el área de las necesidades emocionales de las personas, permitiendo una mayor disponibilidad de los sentimientos que con las palabras. La interpretación musical pone en juego la interacción de ambos hemisferios cerebrales, donde se manifiestan los potenciales de salud de los sujetos.

La música es eficaz para inducir diferentes estados emocionales, los cuales pueden influir en la ocurrencia, frecuencia e intensidad de otros comportamientos (ejemplo: acceso a cogniciones sobre el yo, nivel de motivación, reducción del miedo...), facilitando el cambio terapéutico.

La música es una valiosa forma de expresión no verbal que puede permitir dar voz a recuerdos traumáticos almacenados como sensaciones o emociones, más que como narraciones. Este proceso puede aportar insights adicionales a la experiencia terapéutica y facilitar la terapia verbal.

La articulación de estas diferentes estrategias en el abordaje terapéutico del sujeto de atención, contribuye a mejorar su calidad de vida y sus relaciones interpersonales, brindándole recursos para la interacción y manejo de situaciones ansiógenas o problemáticas.

En el presente trabajo se formulan varios tipos de intervenciones teniendo en cuenta los aspectos relacionados con tratamiento farmacológico, intervenciones de seguimiento a través del proceso de atención de enfermería: (PAE) desarrollo de educación acerca de la patología (reconocimiento de síntomas, abordaje de problemáticas familiares relacionadas) recordatorios, intervenciones comportamentales y sesiones de psicología de la música. Consideramos importante destacar que la música, como herramienta de abordaje, es una de las intervenciones descritas en la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). El PAE es el eje organizador de todas estas intervenciones, partiendo de una valoración del sujeto de atención siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon.

Este proceso cíclico, dinámico, flexible permite una continuidad en los cuidados, los que son modificados de acuerdo a las vivencias y necesidades de la persona.

Una de las funciones más importantes de la música en grupos terapéuticos, es llevar al individuo a establecer una relación de total integración con el mismo. Uno de los aspectos típicos de los que sufren desórdenes mentales es precisamente, la ausencia de esta interacción y de conductas sociales adecuadas. En ellos, la música, dada su naturaleza, ejerce una influencia beneficiosa que les permite elaborar pautas de conductas saludables.

El estudio consistió en la atención del paciente psiquiátrico según el PAE y en la evaluación de su participación en las sesiones de Psicología de la Música.

Para la Valoración del paciente (primera etapa del PAE) se utilizará una guía organizada según los patrones funcionales de M. Gordon. Este instrumento no solo explora la capacidad del paciente de mantener por sí mismo acciones de autocuidado, sino que también nos aporta información sobre la autoestima del mismo, el soporte familiar y social, la actitud ante su enfermedad, y su familia, y los valores de la misma; aspectos que influyen de forma importante en el cumplimiento terapéutico.

Para ello, se utilizaron instrumentos que aportaron información acerca de la adherencia al tratamiento (DAI-10) y la calidad de vida (QOL) que se administraron al inicio y final de un seguimiento a través del PAE de 12 meses, durante los que semanalmente se desarrolló el taller de música.

El primer ordenamiento de estos datos fue volcado en un informe (este incluirá: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, todas las etapas del PAE) que evidenció el proceso realizado con el paciente durante el desarrollo de los cuidados o intervenciones de enfermería.

La valoración clínica y de aspectos sociales, definió los diagnósticos de enfermería o problemas en base a los que se planificaron las intervenciones de enfermería.

Las intervenciones resultaron del trabajo conjunto con el paciente y su familia, con quienes se definieron los problemas, prioridades, objetivos y los cuidados apropiados a cada paciente y familia. Esta actividad se desarrollo principalmente, durante visitas domiciliarias, o bien en instancias en que la familia o el paciente consideraron oportunas y necesarias.

Paralelamente y articulada con la atención de Enfermería, el paciente participaba semanalmente en las sesiones de Psicología de la Música. Las mismas trabajaron temáticas asociadas a las competencias musicales de los pacientes.

A cada paciente se le confecciono una ficha donde él relató su propia historia sonora, la vinculación que ha tenido con la música, y las experiencias asociadas. En base a ese material se organizo la dinámica del taller de música semanal, teniendo en cuenta sus intereses, y preferencias de cada sujeto, los efectos en la conducta y la participación del mismo

En este marco, las actividades se centraron en utilización la voz, el cuerpo y los instrumentos musicales basadas en la intuición musical de los pacientes.

Se realizaron entrevistas no estructuradas, con la finalidad de conocer el discurso espontáneo de los pacientes en lo referente a los ejes imaginarios y simbólicos donde estaban posicionados a fin de conocer su manera de pensar y sentir. Estos datos se registraron en forma de notas tomadas durante una observación, grabaciones de respuestas libres a preguntas abiertas, transcripciones de entrevistas individuales.

IV. Resultados Alcanzados

• REALIZACIÓN DEL PRETEST:

Se administraron los instrumentos: adherencia al tratamiento (Drug Attitude Inventory) (DAI-10), cuya puntuación oscila entre 10 y 20. A mayor puntuación se considera mayor adherencia al tratamiento y el (Quality of Life Satisfaction) (QLS), que evalúa la calidad de vida. Este último toma en cuenta tres factores, las Relaciones interpersonales: cuyo rango es 0 y 48, el Rol Instrumental: rango entre 0 y 24 y las Funciones intrapsíquicas: que oscila entre 0 y 54. A mayor puntuación, mayor calidad de vida. La calidad de vida global oscila entre 0 y 1, siendo este último, el valor que indica calidad de vida óptima.

Se entrevistaron 18 personas con TMG, de los cuales 61% son varones y 39% mujeres. Siendo la media de edad de 41 años y la mediana 38 años. La mayor parte de los pacientes no trabaja, tres realizan trabajo temporario y esporádico y solo una tiene empleo estable (es maestra de nivel primario).

Para el Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI-10) arrojó valores de adherencia promedio de 17, los que se condicen con los diagnósticos de enfermería que expresan un «manejo ineficaz del régimen terapéutico» en la mayoría de los pacientes.

En la evaluación de los patrones funcionales de Marjorie Gordon se nota especialmente disfuncional el de Percepción-Manejo de la Salud, directamente relacionado con el nivel de conciencia sobre la enfermedad, y la actitud de los pacientes hacia el tratamiento. Se observaron niveles relativamente bajos, en varios sujetos de atención, en el DAI-10 durante el pretest indicando problemas en el manejo farmacológico, lo que puede influir en forma negativa sobre la calidad de vida.

En la distribución del DAI 10 por edad las puntuaciones más altas las han obtenido los sujetos de atención del grupo etario adulto medio (31-55)¹

Consideramos importante destacar que en algunos pacientes, el manejo del régimen terapéutico es apoyado por algún familiar y aquellos que son independientes o autónomos en la toma de la medica-

¹ Se clasifican los grupos etarios según Erikson, E.: adulto joven 18-30 años, adulto medio de 31 a 55 y el adulto mayor de 56 en adelante

ción, son los que con mayor frecuencia presentan irregularidades en el tratamiento (abandono, cumplimiento parcial, por ejemplo)

La escala de calidad de vida (QLS) globalmente presentó para el grupo en estudio, un valor promedio de 0.5

Si se toman en cuenta los grupos de edad precitados, la calidad de vida en el grupo de los adultos jóvenes presenta un valor 0,49, para los adultos medios: 0,57 y para el grupo adultos mayores 0,83. La calidad de vida global es mayor en el grupo de más de 55 años.

En los grupos etarios de adultos jóvenes y medios, el factor que mide el rol instrumental se halla muy bajo influyendo negativamente en la calidad de vida global. Analizado los factores que la componen por separado, es decir: Relaciones Interpersonales, Rol Instrumental y Funciones Intrapsíquicas encontramos los siguientes resultados:

Relaciones interpersonales pretest

El valor promedio del factor de Relaciones Interpersonales es 26. Pero encontramos valores individuales de 5, lo que nos habla de serias dificultades en las relaciones interpersonales. Si tenemos en cuenta los diagnósticos de Enfermería que se realizaron en el Patrón Rol-Relaciones, es frecuente encontrarlos con: «Deterioro de la Integridad Social», «Interrupción de los Procesos familiares», «Alteración de los patrones familiares relacionado a la falta de interés por parte de la familia», «Deterioro de la relación social relacionado con el fracaso en las relaciones interpersonales».

La distribución por grupo etario: muestra que el que cuenta con mayor puntuación (41) en este factor son los de más 55 años.

Los de sujetos de atención de 31 a 55 presentan un puntaje de 26 y los de 18 a 31: 24

Rol Instrumental

La media de este factor es 4, encontrando valores individuales menores a 2 en la mayoría de los pacientes. El rol instrumental recoge información relacionada con el trabajo la satisfacción y desarrollo personal en el mismo. Como se menciono anteriormente solo una persona que tiene trabajo estable puede responder a estos parámetros, presentando una puntuación en el rol instrumental de 15.

No existe un patrón funcional que valore este aspecto por separado, pero partiendo de las dificultades relacionales, de una baja tolerancia la estrés y de disfuncionalidades en el patrón de Autopercepción – autoconcepto y Cognitivo – perceptivo, es que podemos justificar niveles tan bajos en este factor. Por otra parte, los prejuicios sociales que afronta el grupo en estudio derivan en una falta de oportunidades laborales.

El QLS recoge para este factor, además del trabajo formal la inserción en el estudio (para jóvenes que no trabajen) o el desarrollo de tareas del hogar (en amas de casa que no tengan trabajo fuera del hogar).

El rol instrumental en el grupo etario 18-30 es 0, lo que expresa que, ni en actividades educativas, ni en el hogar han logrado desarrollar este rol. Los que presentan mejor puntuación en este factor es el grupo de más de 55 años.

Funciones intrapsíquicas

El factor funciones intrapsíquicas presenta un valor medio de 37, aunque existen puntuaciones individuales muy bajas de 15. El patrón funcional Cognitivo – perceptivo es disfuncional en la mayoría de los pacientes presentándose diagnósticos como: «Déficit sensorial, cognitivo», «Dificultad de aprendizaje, desorientación», «Percepción no realista», «Alteración de los procesos de pensamiento»

Las funciones psíquicas presentan puntuaciones bastante cercanas al máximo. Presentando la puntuación mas elevada (43) el grupo etario de más de 55 años.

Como se puede apreciar el factor con mayor deterioro es el rol instrumental y de relaciones interpersonales aspectos en los que se ha centrado la intervención tanto de Enfermería como de Psicología de la Música

Luego se han desarrollado 12 meses de intervenciones de Enfermería (PAE) y de Psicología de la Música.

• EJECUCIÓN DEL PAE EN EL GRUPO DE ESTUDIO:

El PAE es el método que organiza la acción enfermera. En este estudio se utilizan para la Valoración, los patrones funcionales de Marjorie Gordon por considerárselos adaptables a cualquier modelo teórico de Enfermería, nivel de cuidado, y patología que presente la persona. Los patrones funcionales son interactivos e interdependientes por lo cual los problemas de salud, pueden ser comprendidos desde un punto de vista holístico.

La valoración según once patrones: Percepción y control de la salud, Nutricional-metabólico, Eliminación, Actividad-ejercicio, Sueño-descanso, Cognitivo-perceptual, Autopercepción y autoconcepto, Rol-relaciones, Sexualidad y reproducción, Afrontamiento y tolerancia al estrés, Valores y creencias, constituye una toma de datos que luego de su síntesis e interpretación genera los Diagnósticos Enfermeros.

Los diagnósticos enfermeros han sido clasificados y codificados por la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) y representan un juicio clínico que permite a los enfermeros decidir que intervenciones (NIC Clasificación de las Intervenciones de Enfermería) o cuidados que se han de proporcionar al sujeto. En este contexto teórico se han desarrollado los PAE de cada paciente, realizando visitas periódicas a su domicilio y ejecutando las intervenciones planificadas en diferentes instancias: familiares, individuales grupales (durante las sesiones de psicología de la música o encuentros recreativos)

A fin de sintetizar el avance de las intervenciones se desarrollo una matriz de datos (anexo I) cuyos resultados se presentan a continuación:

Intervenciones Psicología de la Música

En este primer período del proyecto el trabajo comenzó con la realización de entrevistas previas al trabajo específico del taller de música. Las entrevistas con los pacientes fueron informales para recabar información general para indagar sobre los gustos y actividades musicales de sus preferencias (Anexo II)

En forma conjunta el equipo de trabajo delineó el procedimiento y en reuniones con los pacientes se les informó del proyecto. Luego se comenzaron con las sesiones de 1 hora de duración y de frecuencia semanal.

Las acciones desde la Psicología de la música, en un principio estuvieron orientadas a facilitar la comunicación y la verbalización de los conflictos.

Luego de transcurrido los primeros 6 meses de intervención, se amplió la duración de las reuniones del taller, por que los sujetos de atención instituyeron al mismo, como un espacio de expresión de ideas, problemas, propuestas. Por lo expuesto se organizo una hora de trabajo con música y sobre consignas de la coordinadora del taller y una segunda hora, para este intercambio entre los sujetos de atención, los enfermeros, los familiares (esporádicamente concurría alguno al taller).

En las reuniones de equipo los profesionales de enfermería expresaron que los pacientes durante las entrevistas semanales, comentan las actividades realizadas en el taller de música. La predisposición y la valoración del espacio como positivo se comenzaron a manifestar tempranamente en los sujetos de atención.

La música se utilizó en pos de crear un estado del paciente donde se le facilite revelar los problemas, las inhibiciones y afrontarlas dentro del grupo.

El grupo constituido fue heterogéneo, en los diagnósticos, en las habilidades funcionales, en las edades, en los entornos culturales. Presentaron también diversas graduaciones en la orientación a la realidad, ya que algunos pacientes estaban totalmente concientes de sus circunstancias y otros tenían una orientación a la realidad pobre. Esta situación ocasionó que los pacientes participen de las actividades musicales de variadas formas. Escuchando, verbalizando luego de la escucha vinculando pensamientos y sentimientos, ejecutando instrumentos y moviéndose con la música.

La música elegida por ellos, fue un estímulo para el movimiento, vitales para esa instancia del proyecto, ya que la corporización de su propio ritmo y la de los demás es imprescindible para la repercusión en su vida cotidiana y en el desarrollo de las distintas funciones. Considerándose todas estas acciones como posibilitadoras de la conexión con el mundo exterior.

De esta forma se articuló en la intervención grupal las actividades con música y los cuidados de enfermería.

Se implementó un documento de seguimiento donde se realizan las anotaciones correspondientes a los distintos parámetros establecidos a saber:

- la participación en actividades musicales (tocar instrumentos, cantar, bailar)
- la interacción verbal que se constituyen en las variables dependientes. Se contemplaron las variables en todas las sesiones que se llevaron a cabo durante el año de intervención.

Intervenciones de Enfermería:

Los Patrones que se hallaron más disfuncionales en la mayor parte de los pacientes, fueron los siguientes:

Patrón Sueño – descanso. Diagnósticos más frecuentes:

- «Alteración del patrón de sueño relacionado con la incapacidad de relajarse»
- «Deterioro del patrón de sueño (exceso) relacionado con efectos de la medicación»
- «Alteración del patrón del sueño relacionado con alteraciones sensoriales que contribuyen a el temor y la ansiedad».
- «Alteración del patrón del sueño relacionado con la ansiedad»
- «Alteración del patrón de sueño (exceso) relacionado con la falta de actividad física y con la ausencia de actividades productivas»

Patrón Cognitivo - Perceptual. Diagnósticos más frecuentes:

- «Alteración de la capacidad de memorizar relacionado a la patología de base»
- «Conflicto en la toma de decisiones relacionado, con su falta de confianza en ella misma»
- «Percepción no realista. Alteración de los procesos de pensamiento»
- «Déficit de autocuidado relacionado con la pérdida de contacto con la realidad; percepción deteriorada».
- «Trastorno de la comunicación verbal relacionada con la psicosis, percepción inadecuada».
- «Déficit sensorial, cognitivo»
- «Dificultad de aprendizaje, desorientación, alteración de los procesos de pensamiento».

Patrón Auto percepción – Autoconcepto. Diagnósticos más frecuentes:

- «Desesperanza»
- «Ansiedad», «Ansiedad relacionada con el temor a perder el control»
- «Baja autoestima relacionada con autoconcepto de persona enferma»
- «Baja autoestima situacional relacionada con el maltrato verbal por parte de un miembro de su familia»
- «Temor relacionado al sentimiento de incapacidad para cuidar a sus hijos».
- «Baja autoestima relacionado, a su imagen corporal».

Patrón Rol – Relaciones. Diagnósticos más frecuentes:

- «Aislamiento social relacionado a su baja autoestima, al sentimiento de discriminación y al temor de sufrir crisis alucinatorias»
- «Alteración de la interacción social relacionado con la falta de generación vínculos fuera de la familia».
- «Alteración de los procesos familiares relacionado a la ruptura matrimonial» «Deterioro de la comunicación»
- «Aislamiento social: relacionado con la desconfianza, regresión, pensamiento erróneos, temores reprimidos»
- «Interrupción de los procesos familiares relacionado con la incapacidad para expresar los sentimientos, deterioro de la comunicación»
- «Deterioro de la interacción social relacionado con el deterioro de los patrones de la comunicación»
- «Trastorno de la comunicación verbal relacionado con la psicosis, percepción inadecuada»
- «Alteración de los patrones familiares relacionado a la falta de interés por parte de la familia»
- «Afrontamiento familiar ineficaz relacionado con el no entendimiento por parte de la familia»

Para aquellos patrones que no presentaron disfuncionalidad marcada se planearon cuidados tendientes a fortalecer las medidas o conductas saludables que el paciente y la familia desarrollan. Por ejemplo en el Patrón Percepción manejo de la salud: se ejecutaron los siguientes cuidados preventivos:

- Se lo instó a seguir con el tratamiento, se le acerca información de la importancia y beneficio de esta conducta.
- Se le informaron los riesgos que implica tomar alcohol y tener un tratamiento con psicofármacos.
- Se les enseñaron técnicas de afrontamiento de la ansiedad.
- Se proveyó información sobre la enfermedad y formas de incrementar el cumplimiento del tratamiento dirigidas a el sujeto de atención y su familia.
- Se motivó a la toma de medidas saludables para su vida diaria.
- Se brindó compañía y actividades para ayudarla a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras.
- Se brindó a la familia información sobre la enfermedad y la necesidad de apoyo en el hogar.
- Se establecieron rutinas de actividades de autocuidado.
- Se desarrollaron estrategias con el sujeto de atención y familia para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescripto.

Consideramos importante destacar que se continuó con la ejecución de cuidados educativos y preventivos, planificados en el PAE de acuerdo a los patrones funcionales valorados. El principal obstáculo que encontró el equipo en las fases educativas y preventivas, en las que necesariamente se debe involucrar la familia, es la falta de motivación y la resistencia de los convivientes a cooperar en los cuidados. Las expresiones más frecuentes indican resignación («ya es así, nada se puede cambiar») desinterés («no vale la pena... se hace la loca»), rechazo y falta de colaboración en los cuidados que se programaban para la semana. Por lo que cada semana se debía comenzar de nuevo con muchas de las consignas propuestas en la visita anterior.

Resultados postest

• REALIZACIÓN DEL POSTEST:

La intervención de enfermería consistió en un seguimiento de los pacientes, con visitas domiciliarias semanales: en las que los cuidados se organizaron según la aplicación del PAE dependiendo de la valoración y diagnóstico del enfermero.

La duración estaba supeditada a las necesidades del paciente detectadas durante la visita. En promedio se destinaron 2 horas por paciente. En aquellos pacientes donde la cooperación familiar fue escasa o nula estas se prolongaron más y muchas veces consistían en apoyo para realizar las tareas del hogar, salidas, caminatas, hacer algún trámite, visita al médico (pautas que se habían sugerido en la visita anterior, para ser realizadas con algún familiar).

Las intervenciones de psicología de la música tenían una programación previa y se trabajaba sobre consignas preestablecidas durante una hora y luego se abría el diálogo a fin de escuchar propuestas y favorecer la participación de los integrantes.

Se administraron los instrumentos: que evalúan adherencia al tratamiento (DAI-10) y la calidad de vida (QOL) luego de los 12 meses previstos de intervenciones de Enfermería (PAE) y de Psicología de la Música.

Los integrantes del grupo etario de mas de 55 sufrieron recaídas por lo que algunos han sido institucionalizados (en algunos casos la red de apoyo se ha ido perdiendo y los hijos o familiares jóvenes optan por la internación, en un contexto en el que usualmente las personas mayores y especialmente los enfermos, son excluidos) y los demás no consintieron realizar el postest, por ello no se han administrado dichos instrumentos a estos sujetos de atención y no se registran datos al respecto. Cabe aclarar que sí se realizó el seguimiento a través del PAE, y han participado en el taller de música.

El postest arrojó, para el Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI-10) las puntuaciones más altas las han obtenido los sujetos de atención del grupo etario adulto medio (31-55), quienes en relación al pretest han disminuido su nivel de adherencia. En cambio el grupo etario del adulto joven (18-30) ha mejorado los niveles del DAI 10.

Como se expresara anteriormente se realizaron apoyos y educación en cuanto a la medicación en ese grupo etario, lográndose una mayor conciencia de enfermedad que elevó las puntuaciones de Adherencia al tratamiento. La disminución de las mismas en el grupo de adultos medio suponemos que podría deberse a que en dicho grupo recibe menos apoyo familiar para el seguimiento del tratamiento.

La calidad de vida global ha presentando una mejoría en el valor promedio, no significativa de 0,6. Las variaciones en el grupo etario de los adultos jóvenes, indican que aumento a 0,7 y descendió a 0,5 en el grupo de de 31 -55. (**Tabla 1**)

La calidad de vida según los factores que la componen han arrojado las siguientes puntuaciones durante el postest.

Relaciones interpersonales:

La puntuación promedio del factor relaciones interpersonales es 30 lo que indica un aumento en relación al pretest de 4 puntos. El mismo no se halla influenciado por una mejor y mas fluida relación con su familia, sino que ha sido considerable el puntaje obtenido en las «relaciones con conocidos», que evalúa este factor. Señalando por otra parte que las actividades que realiza para divertirse son las que desarrolla en el taller de música, solamente.

La red social que considera significativa, que se interesa por su salud, y a la que recurriría en caso de necesitar a ayuda y apoyo, son los enfermeros y los integrantes del taller de música.

El factor de las relaciones interpersonales en el grupo etario de 18 a 30 ha obtenido una puntuación de 35, que en relación al pretest indica un mejoramiento de casi 10 puntos. Mientras el grupo de 31 a 55 ha mantenido su puntuación (Tabla 1).

Rol Instrumental:

El valor promedio de este factor en la instancia del postest indica un aumento a 9,5. Se considera que este aumento se ha originado por que algunos sujetos de atención han accedido a trabajo temporario

(venta ambulante) y también a un mayor desarrollo de actividades en el hogar (durante las visitas se sugieren este tipo de actividades) apoyando y haciéndose cargo de la limpieza, las compras, el cuidado de sobrinos, por ejemplo. En suma el aumento no se debe a la inserción laboral formal ya que en la ciudad no existen posibilidades reales de trabajo protegido como instancia preparatoria para el ingreso al mercado laboral competitivo.

El factor Rol Instrumental ha concentrado su aumento en el grupo etario de 18 a 31, quienes puntuaban cero para la instancia del pretest y ha disminuido levemente para el grupo de 31 a 55.

Funciones intrapsíquicas:

El Factor de las funciones intrapsíquicas presenta un valor promedio de 37 idéntico al del pretest. Este factor se ve fuertemente influenciado por la medicación psicotrópica y también la falta de oportunidades de expresión. La desvalorización que sufren los sujetos de atención tanto del sector sanitario, como social, y familiar, potencia la falta de interés y motivación (aspectos que se evalúan en este factor), que tiñen la vida de estos sujetos. A esto se suma las escasas oportunidades para desarrollar actividades que son esperables para sujetos de su edad, sin patología mental.

El factor funciones intrapsíquicas en el grupo etario de 18 a 30, presenta una puntuación de 36 y de 38 para el de los adultos medios.

TABLA 1. Valores Promedios de DAI-10, QLS y Factores, obtenidos en el Pretest y Postest.

	Pre - TEST	Pos - TEST
DAI-10	17	16
QLS - Global	0,5	0,6
Factor: Rel-Int	26	30
Factor: Rol-Inst	4	9,5
Factor: Func-Int	37	37

• **EJECUCIÓN DEL PAE EN EL GRUPO DE ESTUDIO:**

Se siguieron 18 personas con TMG. Luego de la valoración según los patrones funcionales de Marjorie Gordon se realizaron los siguientes diagnósticos enfermeros que guiaron la planificación de los cuidados.

El proceso al ser un método dinámico y cíclico, resulta complejo de representar. Por lo antedicho se optó por señalar los diagnósticos más frecuentes y comentar aquellos en los que se ha notado dificultades o que ameritan mayor trabajo y continuidad en el cuidado para conseguir una funcionalidad del patrón.

Percepción Manejo de la Salud

- Manejo Ineficaz del régimen terapéutico
- Déficit del cuidado de la salud relacionado con la automedicación
- Afrontamiento individual y familiar ineficaz
- Déficit de Autocuidado relacionado con la pérdida de contacto de la realidad.
- Relacionado con la falta de voluntad para tomar medidas adecuadas de salud
- Deterioro del mantenimiento del hogar relacionado a la falta de ayuda en las demandas del hogar.

- Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con el perfil del entorno familiar.
- Conocimiento deficiente acerca de su patología
 - a- relacionada a la negación de su enfermedad
 - b- por parte de la familia

Se han realizado diagnósticos que expresan disfuncionalidad en este patrón, pero como se aprecia relacionados a la falta de apoyo familiar.

Este patrón valora el arreglo y aseo personal que en muchos casos se ve descuidado por la falta de recursos económicos y de motivación personal y del entorno (esposo, hijos, hermanos).

Otros han mejorado su aspecto personal, debido a que: «llegaban los enfermeros a su casa» o era el «día del taller de música». En este patrón se repiten los diagnósticos que expresan «manejo ineficaz del régimen terapéutico» si bien se le ha explicado la importancia del seguir el tratamiento farmacológico al paciente y a su familiar, aun persisten pensamientos en los que «vendrá una cura mágica» y su familia en varios casos abona este pensamiento llevándolo al curandero, sacerdotes, pastores con la pretensión de que no tenga que continuar con la medicación.

Otro aspecto que habla de la disfuncionalidad de este patrón es que el tratamiento en general es solo la medicación, sin embargo, está probado y comprobado que este abordaje unilateral no es apropiado ya que al ser patologías complejas deberían requerir un tratamiento que tenga en cuenta otros aspectos como los relacionales, la calidad de vida, la inserción social y laboral, la vinculación con la familia y la aceptación y apoyo de esta en el proceso.

Actividad Ejercicio:

- Déficit de actividades recreativas relacionado a la falta de motivación
- Relacionado con el aislamiento social.
- Con la falta de acompañante para realizar las mismas.
- Con temores, falta de autoestima.
- Relacionado a la disminución del interés.

Sueño Descanso

- Alteración del patrón del sueño relacionado a alteraciones sensoriales.
- Relacionado a temor y ansiedad.
- Por exceso relacionado a su patología, a la falta de actividad física, a la ausencia de actividades productivas.
- Deterioro del patrón del sueño relacionado a la administración inadecuada de la medicación.
- Es frecuente encontrar que el sujeto de atención realice tomas desordenadas de los fármacos: aumentando su frecuencia o espaciándolos

Cognitivo perceptivo.

- Percepción no realista.
- Alteración de los procesos de pensamiento.
- Ansiedad relacionada con conflictos inconsciente con la realidad.
- Déficit de autocuidado relacionado con la pérdida de contacto con la realidad.
- Conflicto con la toma de decisiones relacionado con la falta de confianza en ella misma.
- Alteración de la capacidad de memorizar relacionado a patología de base.
- Deterioro de la memoria.
- Déficit en la comunicación verbal relacionado a un diálogo pobre.

Este patrón está fuertemente influenciado por la medicación y la adherencia al tratamiento, ya que el abandono o la irregularidad en las tomas puede favorecer la reaparición de síntomas y recaídas.

Autopercepción - Autoconocimiento

- Ansiedad relacionada a la preocupación por su futuro.
- Con alteraciones de la voluntad.
- Baja autoestima situacional relacionado con el maltrato verbal por parte de un miembro de la familia.
- Temor relacionado al sentimiento de incapacidad para cuidar a sus hijos.
- Baja autoestima relacionado a su imagen corporal.
- Déficit en la toma de decisiones relacionado a su inseguridad.

Desde la valoración de este patrón, y a través de sus expresiones los pacientes no ejercen el rol esperado: como mamá, como esposa, hijo, hermano mayor, ni requieren que se lo respete, escuche, se lo consulte, aspectos que aceptaban con resignación y apatía. Por el contrario las relaciones con sus convivientes están marcadas por la indiferencia, el maltrato verbal y físico.

Las constelaciones vinculares de la familia son las que posicionan a los pacientes en ese rol viciado, en contraposición al rol ejercido por los pacientes en el ámbito de las reuniones de música, donde: pueden expresarse, proponer y compartir actividades, participar de las propuestas, opinar, determinar límites, respetar y ser respetado.

Rol Relaciones

- Interrupción de los procesos familiares relacionado a la poca comunicación existente.
- Relacionado a la falta de interés por parte de la familia.
- Relacionado con el no entendimiento por parte de la familia.
- Aislamiento social relacionado con la desconfianza, regresión, pensamientos erróneos, temores.
- Relacionado al sentimiento de discriminación y al temor de sufrir crisis alucinatorias.
- Relacionado a la falta de generación de vínculos fuera de la familia.
- Interrupción de los procesos familiares relacionado con la incapacidad para expresar los sentimientos.
- Sentimientos de fracasos.
- Déficit de interacción social relacionado con el intercambio social inefectivo.
- Deterioro de la comunicación relacionado con la psicosis, percepción inadecuada, engaños.

Este patrón valora (Valoración: primera etapa del PAE) las relaciones interpersonales que en el grupo de estudio es altamente conflictiva. Es esencial que se dé una posibilidad de expresión y aprendizaje a la familia, favoreciendo la comprensión de lo que experimenta el familiar de un sujeto con TMG y la contención que la familia requiere en el contexto de esta experiencia compleja y estresante.

El patrón rol relaciones ha tendido a la funcionalidad, evidencia de ello es el entusiasmo y sentido de pertenencia generado en los pacientes para con el equipo de enfermeros que realiza el seguimiento y los integrantes del taller de música.

Ha sido notables en el postest y durante la finalización de las visitas domiciliarias la consideración del grupo de enfermeros y el taller de música como su principal relación y con quien pueden contar y a quien recurrirían en caso de necesitar asesoramiento, compañía, consejo. Conocen a los enfermeros y coordinadores del taller por su nombre. Entre los pacientes se visitan, comparten y comentan cuestiones personales y cotidianas, los cuentan en su red personal (no así a los miembros de su familia), se transmiten estrategias de abordaje de problemas (relación con hijos adolescentes, con esposo agresivo)

A través del proceso fueron desarrollando el trabajo en grupo de forma diferente. Los asistentes a los talleres evidenciaron una mejoría considerable en lo que concierne a las relaciones interper-

sonales y específicamente en instancias superadoras del aislamiento social característico de esta población.

Igualmente, los síntomas negativos alteran la capacidad de los pacientes y el poco involucramiento de la familia afectan su vida y persiste el aislamiento por fuera del grupo.

Por otra parte, se sabe que a medida que pasa el tiempo, los síntomas negativos se acentúan más, mientras que los positivos van remitiendo. Siguiendo esta línea de pensamiento los talleres se posicionarían como sostenedores de los aspectos saludables y regeneradores de las redes sociales. La desrealización o sensación de extrañeza frente al mundo externo coarta su posibilidad de plasmar y desarrollar actitudes sociales por fuera del grupo. Se debe recordar también que como se sostiene desde el inicio del proyecto, la enfermedad afecta a las personas en el área social y laboral por lo que son escasas las relaciones posibles por fuera de sus cuidadores. Sumemos a esto que frecuentemente se interna al paciente, como ha ocurrido con varios de los sujetos de atención del grupo etario de más de 55. Motivado más por dificultades familiares, que por aparición recaídas (uno de los sujetos de atención de este grupo fue internado por que el cuidador principal ha sufrido un accidente)

Adaptación al estrés

- Afrontamiento ineficaz relacionado con la solución inadecuada de los problemas.
- Con la falta de contención familiar.
- A su patología y al perfil de su núcleo familiar.
- Deterioro de la adaptación.
- Ansiedad relacionada con conflictos internos y la dificultad para exteriorizarlos.

Adaptación y tolerancia al estrés: se han notado también mejorías, la posibilidad de esperar, de tolerar la frustración, son aspectos que son tratados tanto en las intervenciones de enfermería con trabajados desde la música dentro del taller, indicando tiempos, realizando ejercicios de relajación, y sostenimiento con música de los mismos. El desarrollo de los ritmos en sincronización, simultaneidad y sobre todo en el devenir temporal asociado a los ritmos vitales y de aplicación a actividades cotidianas (esperar turnos de habla, asimilar los tiempos diarios y proyectados a tiempos más extensos)

Participación en los talleres de música

El análisis de las observaciones de las habilidades y los comportamientos musicales de los pacientes reveló cambios significativos en las relaciones interpersonales y en la participación activa en las actividades propuestas. Se detallan las observaciones en función de las áreas de análisis estipuladas (musicales y no musicales). Incremento de la participación en las sesiones, desarrollándose la capacidad de escuchar a otros pacientes y mejorando las habilidades musicales vistas como ajustes puntuales en ritmos y melódicos asociados a las canciones ejecutadas grupalmente.

Pueden mantener las actividades entre 30 y 40 minutos. En el ciclo de este proyecto los pacientes no han abandonado las actividades, sino que expresan el cansancio. Los pacientes se ubican y predisponen para la actividad con música sin necesidad de ayudarlos o instarlos para el taller.

Actividades con la Voz:

Se observa mayor expresividad y curiosidad por los significados de las palabras y las ideas de las letras de las canciones.

Actividades con instrumentos de percusión:

Se evidencian muchos avances en la internalización de los tiempos (velocidades) propuestas para la producción grupal como así también la sincronización y la destreza asociadas a las ejecuciones instrumentales.

Producción musical:

Han sido importantes los avances en la capacidad de expresión con inclusión de ideas musicales propuestas por los pacientes, y con respuesta positiva a actividades de presentaciones en público y reformulaciones de letras para expresar necesidades o realidades del grupo.

Actividades de desarrollo sensorio - motor:

Ha mejorado la internalización y destrezas en los movimientos corporales asociados a la especialidad. Mayor movilidad corporal y coordinación asociada a la escucha musical.

Actividades de desarrollo de implicancia emocional:

Se observa una remisión de los síntomas negativos característicos de la enfermedad como falta de expresividad y decaimiento afectivo

La participación y la implicancia en las producciones musicales son de alto rendimiento.

Actividades de desarrollo con énfasis cognitivo:

Han aumentado su capacidad atencional en general y específicamente en la atención al escuchar música, aplicados en ejercicios de concentración y participación. También se observan capacidades de dar opiniones sobre las producciones musicales en cuanto al ritmo elegido, la modificación de la letra y la elección individual de los instrumentos destinados a los arreglos. Se ha incrementado la creatividad en los aportes que realizan los pacientes.

Actividades de desarrollo social:

Se observan incrementos de la interacción entre los participantes, mayor cohesión grupal, colaboración e intercambios. Han surgido amistades que trascienden el grupo y diálogos de temas de interés que superan las propuestas de las actividades diseñadas para el trabajo con música.

La construcción de la subjetividad se basa en el acceso al orden simbólico – concebido como el lenguaje, en donde la palabra no es suficiente, sino la apropiación del mismo-, al orden imaginario – la constitución yoica con incumbencia de la imagen corporal y de la construcción de sentido- y lo real de la experiencia –como aquello que no puede simbolizarse-.

Lo más importante de este proceso es que por un lado requiere la dimensión temporal y por otro que los factores deben articularse entre sí para que la estructura subjetiva se sostenga y apunte a una constitución de la realidad concebida con otros y que sea sostenedora del propio sujeto.

Todas las acciones realizadas en los talleres de música fueron diseñadas en pos de articular y desarrollar los factores constituyentes de la subjetividad. La música como una de las artes temporales, plasma su temporalidad en los oyentes y permite organizar en ese devenir, la participación de los sujetos que ejecutan vocal o instrumentalmente.

Es de particular importancia abordar, en los sujetos de atención con TMG, las vivencias del espacio y el tiempo donde que se despliega la estructura, la construcción del cuerpo, la coordinación entre lo psíquico y lo somático. Estos últimos resultan esenciales a fin de prevenir las crisis, la segregación, el desorden no regulado y las afectaciones que conllevan.

Los diseños de actividades siempre tuvieron como objetivo articular la implicancia corporal, cruzado por el requerimiento de que las ejecuciones instrumentales fueran consecuencia de una pretensión de atención y de regulación de la fuerza expresada en la articulación de la percusión para producir el sonido. Esa regulación de fuerzas fue difícil y lenta de construir, pero fue lograda poco a poco incrementando el campo de dominio vinculado a lo corporal y nutriendo la autoestima por los logros obtenidos.

En los sujetos de atención con TMG, en mayor o menor medida, se ven trastocados los vínculos sociales: en la posibilidad de expresarse, con un sentido singular, único, aquello que piensa, dice o hace.

Este sentido de realidad de esos sujetos se halla atravesado por el uso de la palabra, pero no es un sentido compartido con otros, de ahí que sea a veces incomprensible para los demás. De las experiencias de las ejecuciones musicales, ha resultado positivo el asignar a cada participante un turno para tocar, donde se involucra esperar el momento preciso en una consigna que incluye turnos de espera, y atención al momento de cada uno.

Comprender e interactuar con otro es poder identificarse con él, en estos procesos de ejecución donde más allá de las palabras, hay significaciones y comunicación asociadas a la producción, a la creatividad y a los juegos, se involucra el cuerpo, la coordinación y la manifestación estética. Este proceso se dio poco a poco y el sentido de valor que expresan los sujetos de atención acerca del espacio para el taller de música, es una de las construcciones más importantes, más allá de las producciones musicales. Es por primera vez una construcción de sentido compartido por otros, y a través de este lenguaje, se logró propiciar una relación en forma distinta.

Las expresiones de los sujetos orientaron y alentaron las intervenciones por el impacto resultante en: espera de los turnos para hablar, regulación de la fuerza corporal para el contacto con los demás, utilización de las producciones musicales como medio de descarga de aspectos psicoafectivos que no tienen otros espacios para la expresión. Diversas notas tomadas en los talleres dan cuenta de la valoración del espacio, de la internalización de los integrantes, de la evolución de los ítems planteados y de la constitución del lugar como espacio de intercambio, de expresión, de amistad. Constituyéndose en un soporte de la identidad, que comienza a vislumbrarse.

Se considera que el modelo de abordaje plasmado en este dispositivo en particular es un espacio de valor subjetivo, que nutre los andamiajes de orden simbólico, imaginario y real para los sujetos de atención y como tal tendría potenciales de aplicación en otros contextos.

VI. Conclusiones

La rehabilitación psiquiátrica como «la recuperación máxima posible del funcionamiento del rol social y operativo a través de mecanismos de aprendizaje y de apoyo del entorno» (Anthony y Cols., 1986). Es un propósito subyacente en este estudio. La rehabilitación comprende 4 etapas: patología, deficiencia, discapacidad y desventaja. Y apunta fundamentalmente a reparar la discapacidad y desventaja, es precisamente en este punto que la Rehabilitación Psiquiátrica, difiere de la física: debido a la naturaleza crónica y episódica de los TMG, donde los síntomas deben ser continuamente monitorizados, controlados y tratados.

Dado que, con frecuencia la desventaja y la discapacidad de los pacientes son persistentes, la meta de la rehabilitación puede limitarse sólo a establecer un ambiente adecuado de apoyo en el que el individuo alcance sus más altos niveles de funcionamiento posible.

En relación a los datos obtenidos a través de los instrumentos utilizados en este estudio, El QLS global no ha tenido una mejoría significativa, pero el indicador de las relaciones interpersonales es el que ha experimentado un puntaje mayor en el pos test así como el rol instrumental.

El grupo instituido con los enfermeros y el grupo de Música es considerado como el lugar de expresión, y constituye su red más significativa ya que ante preguntas que valoran este indicador como «con quien discute sus problemas?, a quien les plantea sus necesidades?», la respuesta es: «los enfermeros», «el grupo de música» y «sus compañeros» de dicho grupo. No ha ocurrido lo mismo con los miembros de su familia

Se supone que el mejoramiento parcial logrado, se debe a que este problema es muy complejo y requiere intervenciones complejas que incluyan múltiples actores (familia, sector social, salud, ONG) y una continuidad y sostenimiento en el tiempo que en este estudio fue acotado.

Las intervenciones desarrolladas refuerzan la capacidad de la persona para enfrentarse al estrés o adaptarse a los efectos de la enfermedad. También, es muy útil para el entrenamiento en habilidades

sociales, que es una instancia que funda una intervención que necesita ser optimizada y sobre todo ampliada (inclusión de profesionales de otras áreas, determinación de una sede para obtener funcionalidad, capacitación para el equipo y abordaje terapéutico en salud mental para los integrantes del equipo). La inclusión de otros profesionales y sectores permitiría la rehabilitación social y laboral del paciente, el aprendizaje a relacionarse con los demás y a manejarse en la vida cotidiana después de contraída la enfermedad.

En la calidad de vida, los análisis confirmaron la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el post en el factor de la escala QLS de las relaciones interpersonales. Esto indica que los pacientes luego de las intervenciones de enfermería y psicología de la música mejoraron en las relaciones interpersonales, en el rol instrumental los efectos fueron moderados, manteniéndose igual el puntaje en el factor funciones intrapsíquicas.

Algunos resultados acerca de las características de la muestra pueden ser de gran utilidad, especialmente para configurar un perfil de las personas afectadas de TMG que pueda, en un futuro, ayudar a enfermería a realizar planes de cuidados cada vez más individualizados y acordes a las características propias de cada paciente

La encargada principal del cuidado del paciente es la familia, lo que no es muy frecuente. Pero esta situación requiere analizar el compromiso y afectación emocional que genera el cuidado de las personas con un TMG, en los familiares que los cuidan. Las relaciones familiares están muy resentidas y prima la indiferencia y la violencia hacia el enfermo mental. La situación familiar es crítica, marcada por la disminución de las expectativas familiares de quienes padecen este tipo de enfermedad extensa y profundamente estigmatizada

Otra característica importante es la edad ya que, según los resultados, la mayoría de personas afectadas de TMG son personas adultas (tienen alrededor de 40 años). Estos datos coinciden con estudios similares, tanto de nuestro contexto, como de otros países. Esta es la edad productiva de los sujetos y donde se forma una familia, se trabaja, se estudia o ejerce una profesión, entre otros roles de importancia y esperables para esta edad. La imposibilidad de concretar estas expectativas por la falta de factores de protección, de apoyo social; es una influencia negativa en la calidad de vida, que se suma a el estado de vulnerabilidad psicobiológico que presenta el paciente.

El espacio brindado (taller de música y seguimiento de enfermería) se centro en potenciar habilidades que le permitan al paciente incrementar su manejo de la cotidianeidad y sus competencias. Lo cual incluyo la disminución de las respuestas a los factores estresantes y el refuerzo de aspectos que desarrollen sus habilidades.

Restituir estas capacidades e integrar sus actividades en el flujo normal de la comunidad (es decir; en la utilización del tiempo y del espacio y en las formas de relacionamiento interpersonal habituales en la comunidad), de tal forma que su tiempo se reparta entre las tres áreas primarias de la vida: descanso, trabajo y recreación.

Cada paciente requiere un enfoque único, que logre equilibrar sus posibilidades y necesidades, en el grupo estudiado nos encontramos con la mayoría de las necesidades elementales de la vida del individuo sin satisfacer (comida, ingresos), la necesidad de sentirse libre de síntomas, pertinente, de ser respetado por su familia, de experimentar alegrías. La contribución a la vida productiva de la comunidad, requiere de motivación, los talentos, habilidades, aspiraciones particulares, y también de oportunidades para desarrollarlos y poder cubrir sus necesidades.

Si bien los resultados del estudio no expresan un aumento significativo de la calidad de vida evaluada con el QLS, notamos que la valoración objetiva propuesta por este instrumento no aborda instancias subjetivas absolutamente presentes, tal como en otros estudios lo han señalado ya diversos autores (Najman y Levine, 1981; Ware, Brook, Davies y Lorh, 1981; Katsching, 1997).

El QLS evalúa el rol social que si bien en este estudio en particular ha demostrado un aumento mínimo, queda por fuera de dicha evaluación la satisfacción subjetiva asociada al bienestar que se han

podido valorar a través del PAE y las instancias de música. Se nos plantean inquietudes acerca de si las mismas en algún punto, se pueden constituir en parte del proceso que apoye el desarrollo de la mejora del rol social con el sostenimiento del dispositivo a través del tiempo ya que el proceso para conseguir mejoras en una capacidad global en personas con TMG, es lento y limitado.

Por otra parte, las «medidas subjetivas», ya manifestadas por Lehman (1983) como más precisas que las objetivas permitirían conclusiones y apreciaciones que remitan más a las diferencias y cualidades particulares de cada persona.

Al priorizar factores comunes de la población sin tener en cuenta el desarrollo del impacto de la satisfacción con la vida que se ha desarrollado, asociada a la calidad de vida subjetiva, se considera que este estudio constituye una mirada parcial de un fenómeno complejo.

Poco se sabe del pronóstico de la esquizofrenia que ha sido y es, un tema de controversia. Los números remiten que solo del 20 al 30% de los pacientes logran llevar una vida relativamente normal. El otro 20-30% experimenta síntomas moderados; y el 40-60% restante lleva una vida perturbada por el trastorno.

También los avances nos muestran que el paciente de buen pronóstico natural, pero abandonado socio-familiar tendrá una situación de mal pronóstico.

Se considera que un paciente presenta buen pronóstico natural cuando podemos constatar que se encuentran presentes algunos de los siguientes factores:

1- Edad tardía de comienzo, 2- Comienzo agudo de la enfermedad, 3- Si la persona presentaba buena adaptación social, sexual y laboral antes de la aparición de la enfermedad, 4- Ambiente social y familiar favorable, 5- Buen cumplimiento del tratamiento.

Así como también se ponen en consideración los factores de mal pronóstico como: 1- Inicio en edad temprana, 2- Prevalencia de síntomas negativos, 3- Aislamiento social o pocos sistemas de apoyo social, 4- Larga evolución antes del primer contacto médico. 5- Presencia de anomalías cerebrales claras, 6- Cuando la enfermedad no remite en tres años y hay múltiples recaídas.

Todos estos valores y factores se ven combinados y complejizados actuando en un pronóstico que, inserto en el sistema de salud, también se ve afectado de acuerdo a la efectividad del mismo en todos sus estamentos.

Los autores coinciden en que las intervenciones psicosociales refuerzan la capacidad de la persona para enfrentarse al estrés o adaptarse a los efectos de la enfermedad y que la psicoterapia grupal es muy útil para el entrenamiento en habilidades sociales. Permiten la rehabilitación social y laboral del paciente, que aprende a relacionarse con los demás y a manejarse en la vida cotidiana después de contraída la enfermedad.

Sería importante diferenciar en este proceso la correlación de los efectos de las intervenciones, a fin de señalar e indagar si la satisfacción con la vida que se va desarrollando en el paciente asociada a la calidad de vida subjetiva es una instancia germinal, que sostenida y desarrollada aportaría a la mejora de los pacientes.

Es esencial que el sistema de apoyo para el paciente sea sólido, sostenido y con incumbencia de distintas áreas: el sistema de salud, las políticas sociales, laborales y educativas. Y sobre todo que estos comportamientos adecuados a sus posibilidades de mejora puedan sostenerse dentro del hogar, para proyectarse luego, como mejora para la vida social.

Las intervenciones de Psicología de la música y del PAE han generado unas apreciaciones de la calidad de vida y satisfacción en distintas situaciones del sujeto de atención que si bien no se traducen como significativas en el QLS, sí lo son en las valoraciones de enfermería y en las actitudes y desempeños en los talleres de música.

Es de suma importancia seguir investigando desde el campo de las intervenciones psicosociales por períodos sostenidos de tiempo desde esta perspectiva. Por otra parte la utilización de medidas subjeti-

vas de la calidad de vida en los instrumentos de valoración se convierte en una necesidad a la hora de atender a esta variable.

Hay algunas experiencias de planes de atención domiciliaria de enfermería en salud mental desde la gestión de casos. Pero desde la perspectiva del PAE, no se han localizado investigaciones empíricas acerca del tema. Conviene resaltar la importancia de la atención domiciliaria de enfermería que, desde diferentes ámbitos, se viene reforzando como un espacio de trabajo imprescindible para atender determinadas necesidades de salud de sectores específicos de población, con problemáticas concretas.

Los resultados de este estudio deberán tener una trascendencia favorable en el ámbito asistencial de la atención de enfermería en salud mental comunitaria, especialmente en lo que respecta a los cuidados domiciliarios como un recurso necesario para pacientes con un TMG. Por otra parte aporta evidencia científica sobre la efectividad del trabajo de enfermería como una contribución relevante para el avance global de la profesión y para el fin último de la misma que es: el incremento en la calidad del cuidado.

A lo largo de todo el trabajo se ha venido hablando de la intervención de Enfermería a domicilio donde el enfermero es el referente y es el profesional que lleva a cabo la atención integral del paciente afectado de un TMG y su familia. Sin embargo, esta perspectiva de cuidado integral ha de ser contemplada como el resultado de un trabajo de equipos multidisciplinares trabajando con un mismo objetivo y donde la enfermería a domicilio sea el eje visible de la intervención profesional conjunta.

Por otra parte, se plantea la necesidad de trabajar de forma interconectada entre el Hospital y los centros de salud, a fin de instaurar la Atención Domiciliaria de Enfermería, como un recurso comunitario más.

La efectividad de la intervención requiere el establecimiento de un vínculo afectivo para el que se necesita manejar adecuadamente las habilidades terapéuticas de intervención.

Siguiendo la línea de investigación planteada en nuestro estudio será necesario por un lado realizar estudios más prolongados en el tiempo para evaluar la efectividad de la Atención Domiciliaria de Enfermería a largo plazo.

Además, será necesario explorar factores relacionados con la estructura familiar para identificar cual es el valor terapéutico de la misma, conocer cuanto tiempo aproximadamente es necesario mantener la visita domiciliaria en cada paciente y cuales pueden ser los criterios y procedimientos de alta más idóneos.

Si a ello le añadimos una valoración de los niveles de satisfacción del usuario y familia seguramente, el trabajo de la enfermería de salud mental en los domicilios de las personas afectadas de un TMG, tomara mayor relevancia

En relación al trabajo no ha habido cambios y en algunos ha empeorado debido a lo que ya se ha expuesto acerca de los problemas de la inserción laboral que es generalizada en esta población. Evidenciándose que a este grupo poblacional se le discrimina dentro de la sociedad al no permitirle oportunidades para su desarrollo personal debido a los cambios conductuales, aún conociéndose la importancia que tiene la actividad ocupacional como parte del tratamiento y prevención del deterioro humano.

Los resultados muestran que las principales situaciones de la vida cotidiana que se afectan negativamente a consecuencia de la enfermedad mental son la situación familiar marcada por el abandono y el aislamiento social; la situación laboral por discriminación dada la condición y características propias de las enfermedades mentales mostrando un elevado porcentaje de falta de ocupación. Otro aspecto en el cual se evidenció falencias es en el acceso a los servicios de salud que su patología amerita; en una alta proporción, la población estudiada, carece de seguridad social.

Bibliografía

- CAVIERES Álvaro y VALDEBENITO Mónica: Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Rev. Chilena de Neuropsiquiatría*. v.43 n.2. Santiago de Chile. Junio de 2005.
- CAQUEO URIZAR, Alejandra; LEMOS GIRALDEZ, Serafín: Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*. Vol. 20, nº 4, pp. 577-582. 2008. www.psicothema.com
- CHOMSKY, N (1966). *Topics in the Theory of Generative Grammar*. MIT Press, Cambridge.
- EPSTEIN, Helen (1998). *Hablemos de Música: Conversaciones con músicos*. Javier Vergara Editor S.A., Argentina.
- FERREIRA CORTES, Angélica, *Rehabilitación en Salud Mental*. Libros en red.com, Russell Internet-Psicoanalysis.
- GABRIELSSON, A., & Juslin, P. N. (1996). Emotional expression in music performance: Between the performer's intention and the listener's experience. *Psychology of Music*, 24(1).
- JUSLIN, P. N. (1997). Emotional communication in music performance: A functionalist perspective and some data. *Music Perception*, 14(4).
- KANDEL, Eric James R Schwartz H Jessell Thomas M. 1991. *Principles of Neural Science*. Appleton and Lange, Norwalk Connecticut
- LERDAHL, F. Jackendoff, R. (1983). *A Generative Theory of Tonal Music*. MIT press/Bradford books. Cambridge
- MEYER, L B (1984). *Emotion and Meaning in Music*. The University of Chicago press.
- MILLER, H. O. (2005) ¿Why Provide Music Therapy in the Community for Adults With Mental Health Problems? *VOICES: Main Issues* Vol. 5, no 1, Art.#172, Released March 1, 2005. <http://www.voices.no/mainissues/mi40005000172.html> .
- MONCHABLON ESPINOZA, Alberto: *Terapéutica de la esquizofrenia Alcmeon Rev. Argentina de Clínica Neuropsiquiatría Año XIV, vol 11, N°3, junio de 2004.*
- OMS. *Mejora de la Calidad de la Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*. Editores Médicos, S.A. EDIMSA. 2007
- OMS. «Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción». OMS.2003. OPS 2004.
- SLOBODA, Jhon A. (2000). Unit for the study of musical skill and development, <http://www.keele.ac.uk/depts/ps/jasbiog.htm>
- LOROÑO, A: (2005). Esquizofrenia y Musicoterapia. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*, 26. http://www.aufop.org/publica/rifp_26.asp
- LÓPEZ SALAZAR Francisco: *Calidad de vida en pacientes psicóticos externos Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año 16, Vol. 14, N° 2, noviembre de 2007, págs. 65 a 75.*