

Artículo especial

Efectos de la musicoterapia grupal en la adherencia a los psicotrópicos en adultos con trastornos psicóticos

RUBY C. CASTILLA-PUENTES

RUBY C. CASTILLA-PUENTES
MD, PhD, MBA.
School of Public Health Drexel
University and School of
Pharmacy Temple University,
Philadelphia, PA, USA.

FECHA DE RECEPCIÓN: 12/11/2018
FECHA DE ACEPTACIÓN: 08/02/2019

Contexto: El incumplimiento del tratamiento farmacológico sigue siendo un problema de primer orden en pacientes con enfermedad mental. La adherencia a los regímenes psicotrópicos dista de ser satisfactoria. En este estudio, se evalúan los efectos de la musicoterapia grupal en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con trastornos psicóticos (definidos como: esquizofrenia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo). **Objetivo:** investigar los efectos de la musicoterapia de grupo en la adherencia a los regímenes psicotrópicos en pacientes con los trastornos mencionados anteriormente. **Diseño, ámbito y pacientes:** ensayo prospectivo, randomizado y controlado, realizado en cuatro centros médicos académicos en 85 adultos (rango de edad entre 15 y 65 años) con esquizofrenia ($n = 38$), psicosis no especificada ($n = 19$), trastorno bipolar ($n = 18$) y trastorno esquizoafectivo ($n = 10$) diagnosticados según los criterios del DSM IV. **Intervención:** los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos. El grupo 1 ($n = 42$) recibió 60 minutos de musicoterapia de grupo, una vez por semana durante ocho semanas. El grupo 2 ($n = 43$) fue aceptado como grupo de control y no recibió tratamiento con musicoterapia grupal. Pacientes que anteriormente habían sido tratados con musicoterapia fueron excluidos del estudio. Usando la Evaluación de la adherencia terapéutica se realizó el análisis al finalizar la terapia y después de seis meses. El diagnóstico psiquiátrico, número de medicamentos, clase y frecuencia en la toma, también fueron evaluados. **Resultados:** Comparando los dos grupos, el grupo 1 mostró diferencias estadísticamente significativas en la adherencia a la medicación después del programa (73.8% vs. 16.2%, $P < 0.001$). y estas diferencias se mantuvieron después de 6 meses (69.0% vs. 16.3%, $P < 0.001$). **Conclusiones:** En este estudio comparando los efectos de la musicoterapia grupal, los pacientes con esquizofrenia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y esquizoafectivo que recibieron esta terapia por ocho semanas, mostraron mayor adherencia a los regímenes psicotrópicos comparados con los pacientes que no lo recibieron. Estos efectos fueron mantenidos después de seis meses.

Palabras clave: Adherencia a la medicación – Esquizofrenia – Trastorno bipolar – Trastorno esquizoafectivo.

Group Music Therapy Effects on Adherence to Psychotropics in Adults with Psychotic Disorders

Context: The benefits of psychotropics on the treatment of patients with Schizophrenia, Psychosis NOS, Bipolar and Schizoaffective Disorder are recognized. Adherence to psychotropic regimens is far from satisfactory. **Objective:** To investigate the effects of group music therapy on the adherence to psychotropic regimens in patients with the above mentioned disorders. **Design, setting, and patients:** Prospective, randomized controlled trial conducted at four academic medical centers among 85 adults (age ranged between 15 and 65 years) with Schizophrenia ($n=38$), Psychosis NOS ($n=19$), Bipolar ($n=18$) and Schizoaffective Disorder ($n=10$) diagnosed according to DSM IV criteria. **Intervention:** Patients were randomly assigned to two groups. None of them had had a previous treatment using group music therapy (GMT). Group 1 ($n=42$) received 60-min GMT, once a week. Patients participated in the study for 8 weeks. Group 2 ($n=43$) was accepted as the control group. By consensus, family members (or primary caregivers), psychiatric nurses and psychiatrists, complete the therapeutic adherence assessment, Spanish version (evaluación de la adherencia terapéutica) initially, after the therapy, and at the end of the 6th month, including number of psychotropic medications use, type, frequency and an overall degree of adherence. **Main Outcome:** % of patients with >80% of adherence using the medication adherence assessment. **Results:** In group 1, there were statistically significant differences in the degree of medication adherence after the GMT program (73.8% vs. 16.2%, $P < 0.001$). Also, 6 months later in group 1, there was still an improvement in the Medication adherence (69.0% vs. 16.3%, $P < 0.001$). **Conclusions:** GMT improves overall adherence to psychotropic regimens in patients with Schizophrenia, Psychosis NOS, Bipolar and Schizoaffective Disorder.

Keywords: Medication Adherence – Schizophrenia – Bipolar Disorder – Schizoaffective Disorder.

CORRESPONDENCIA
Rudy C. Castilla-Puentes,
530 South 2nd St, Suite 743,
Philadelphia, Pennsylvania;
rcastil4@its.jnj.com

Introducción

A pesar de los avances recientes en tratamientos psicotrópicos, muchos pacientes que padecen esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar y/o psicosis no especificada, experimentan problemas persistentes relacionados con la adherencia a la medicación y es poco frecuente la remisión total [26]. La falta de efectividad de los psicotrópicos parece relacionarse con la no adherencia al tratamiento. Se ha sugerido que estas respuestas son significativas para el pronóstico y/o curso de la enfermedad psiquiátrica. Se puede suponer que un menor grado de adherencia esté asociado a más recaídas, más síntomas psicóticos graves y aislamiento social.

La influencia de la música puede extenderse a muchas áreas de las funciones humanas, desde las fisiológicas, hasta el bienestar psicológico y la calidad de vida. A mediados del siglo pasado, los investigadores se centraron en el desarrollo de teorías sobre la base neurológica de los efectos de la música, realizando estudios experimentales sobre los tipos de música que influyen en los parámetros fisiológicos y formalizando programas educativos relacionados con la musicoterapia. Merecidamente, se han reconocido las aplicaciones de la música para el tratamiento de diversas enfermedades. En la tabla 1 se resume un análisis crítico sobre investigación previa con aplicación clínica de musicoterapia.

No se ha probado hasta ahora, la eficacia de la musicoterapia para mejorar la adherencia a la medicación en pacientes con esquizofrenia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo.

Se afirma que el comienzo de una tarea sistemática de musicoterapia para los

pacientes fue una actividad reconfortante de músicos en los hospitales psiquiátricos, a principios del siglo pasado [5]. A partir de entonces, gracias a los esfuerzos innovadores para ampliar su aplicabilidad, se han realizado cada vez más tipos de musicoterapia en la práctica clínica, para pacientes con psicosis. En la República de Colombia por influencia de los logros de pioneros de otros países (principalmente orientales), varios psicólogos y terapeutas ocupacionales iniciaron, en la década de 1970, esfuerzos sistematizados para incluir la práctica de la musicoterapia en el tratamiento de pacientes psiquiátricos [22].

Esta situación resalta la necesidad de verificar la efectividad de la coadministración de musicoterapia en los regímenes psicotrópicos de pacientes con psicosis. También es indispensable, para un mayor desarrollo de la terapia, buscar respuestas aplicables a la práctica: los métodos de evaluación que sean útiles para detectar los efectos, específicamente aquellos para mejorar la adherencia y la duración de dichos efectos. Sin embargo, la cantidad de estudios previos que abordaron este tema es nula. En la búsqueda de literatura solamente pudimos encontrar cuatro estudios controlados, que revelaron los efectos de ciertas formas de musicoterapia en los pacientes [24, 29, 20, 16].

Con el fin de remediar esta situación, presentamos este estudio que examina los efectos de la musicoterapia de grupo en la adherencia a la medicación, en una muestra de pacientes con esquizofrenia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo.

La musicoterapia grupal (MTG) es implementada en centros psiquiátricos de América del Sur, como parte de los programas integradores de la terapia ocupacional, durante la fase aguda y subaguda

Tabla 1. Análisis crítico de informes clínicos que aplican musicoterapia

Autor	Objetivo	Diseño	Conclusiones
Colt H <i>et al.</i> 1999 [6]	Niveles de ansiedad en pacientes sometidos a una fibrobroncoscopia flexible.	Ensayo clínico utilizando pre-test y post-test.	La música no tuvo un efecto favorable en los resultados del estado de ansiedad.
Koch ME <i>et al.</i> 1999 [19]	Requerimientos de sedantes y analgésicos intraoperatorios.	Dos ensayos aleatorizados y controlados.	La utilización de música intraoperatoria en pacientes despiertos disminuyó los requerimientos de sedantes y analgésicos controlados por el paciente.
Doyle AF <i>et al.</i> 1999 [10]	Disminución del dolor y la ansiedad durante las pruebas de electrodiagnóstico.	Transversal, descriptivo.	Disminuyó la ansiedad y las molestias relacionadas con el procedimiento.
Jacobson AF <i>et al.</i> 1999 [18]	Intensidad y angustia por el dolor de la inserción de catéter intravenoso.	Prospectivo, aleatorizado, controlado.	Escuchar la música preferida atenuó los efectos del dolor causado por las dificultades de la inserción intravenosa.
Augustin, P <i>et al.</i> 1996 [2]	La música como método para reducir la ansiedad preoperatoria de los pacientes con cirugía ambulatoria	Estudio experimental. Diseño de investigación cuantitativa experimental.	Las enfermeras perioperatorias ofrecen música, como una opción viable para reducir la ansiedad en pacientes con cirugía ambulatoria que creen que la música es un método de relajación.
Dubois JM. <i>et al.</i> 1995 [11]	Determinar el efecto de la música durante una broncoscopia sobre la percepción que tiene el paciente del procedimiento.	Ensayos prospectivos, aleatorizados y controlados	Los pacientes que escucharon música reportaron niveles de comodidad significativamente mayores y menos tos que aquellos que no escucharon música durante el procedimiento.
Arts SE <i>et al.</i> 1994 [1]	Comparar la eficacia de una crema anestésica local con la distracción que produce la música para reducir el dolor del pinchazo de la aguja en niños.	Ensayo aleatorizado, doble ciego, prospectivo.	Los niños que recibieron una emulsión de lidocaína y prilocaína presentaron menos dolor que con una emulsión que contiene placebo y la música como distracción.
Gaberson K <i>et al.</i> 1995 [13]	El efecto de la distracción humorística y musical sobre la ansiedad preoperatoria.	Ensayo clínico utilizando pre-test y post-test.	Este estudio no proporcionó evidencia de que el humor o la música disminuyan la ansiedad preoperatoria.
Mandle CL <i>et al.</i> 1990 [21]	Audios de relajación vs. audios de música para disminuir los niveles de ansiedad y de dolor durante la angiografía femoral	Ensayo controlado, doble ciego, prospectivo	Los audios de relajación fueron más efectivos que los de música para reducir los niveles de ansiedad y de dolor de los pacientes.
Updike PA. <i>et al.</i> 1987 [30]	Respuestas fisiológicas y emocionales de pacientes que aguardan una cirugía plástica electiva.	Estudio observacional, no aleatorizado.	Parece que escuchar música produjo cambios deseables de patrones en los estados fisiológicos y emocionales dentro de ese entorno.
Heitz LS, <i>et al.</i> 1992 [17]	Evaluar los efectos de la música sobre el dolor, las variables hemodinámicas y la respiración en la unidad de cuidados postanestesia PACU	Ensayo aleatorizado, doble ciego y prospectivo	No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a niveles de dolor, valores hemodinámicos, requerimientos de sulfato de morfina, frecuencia respiratoria o tiempo de permanencia en la UCPA.
Fratianne RB <i>et al.</i> 2001 [12]	Probar los efectos de la visualización de la música al ayudar a pacientes con quemaduras a controlar su dolor y ansiedad durante el desbridamiento.	Ensayo clínico, aleatorizado.	Los autoinformes de aquellos que recibieron musicoterapia mostraron una reducción significativa del dolor. La musicoterapia es una valiosa intervención no invasiva para el tratamiento del dolor ocasionado por lesiones por quemaduras.
Beck SL. <i>et al.</i> 1991[3]	Evaluar hasta qué punto el uso terapéutico de la música disminuiría el dolor en pacientes con cáncer que estaban recibiendo analgésicos programados.	Estudio experimental, aleatorizado, cruzado	Los resultados apoyaron la utilización de la música como intervención de asistencia independiente para aliviar el dolor.

de la estabilización psicótica. Las instituciones que utilizaron la musicoterapia fueron los principales centros académicos de capacitación en psiquiatría en Colombia, como los Hospitales Santa Clara, San Ignacio y el Centro «Los Alcázares» en Bogotá y el Hospital Federico Lleras Acosta en Ibagué. Hay muchos programas de musicoterapia que incluyen sesiones grupales y/o individuales con características y procedimientos diferentes. Los programas de musicoterapia son similares a los de la terapia ocupacional y la mayoría de los musicoterapeutas desarrollan sus propios programas sin ninguna capacitación previa. En cada uno de los cuatro centros seleccionados, la autora (psiquiatra con cinco años de educación musical formal), desarrolló y coordinó directamente el programa de musicoterapia, que se estructuró en cinco secciones básicas, basadas en experiencias previas y técnicas de intervención con musicoterapia grupal en pacientes psicóticos [25, 4] y todas las sesiones se llevaron a cabo bajo la supervisión directa del investigador principal. El programa de musicoterapia contenía principalmente los siguientes elementos de expresión musical: escuchar, cantar, bailar y tocar instrumentos.

El propósito de este estudio fue examinar la efectividad de un tratamiento de musicoterapia de grupo integrado y estandarizado, para la adherencia a medicamentos psicotrópicos en pacientes con esquizofrenia, psicosis especificada, trastorno bipolar y esquizoafectivo. Las características principales de este estudio fueron las siguientes: un grupo representativo de pacientes con los trastornos mencionados anteriormente, una duración relativamente larga del curso de la terapia estudiada y la inclusión de una escala estandarizada de adherencia a la medicación, para la evaluación de la eficacia.

Métodos

Diseño del estudio

Este estudio fue diseñado para examinar los efectos de un programa de musicoterapia en la adherencia a la medicación. La eficacia de la intervención fue definida usando los criterios de la evaluación de la adherencia a psicotrópicos. El promedio de pacientes clasificados como «cumplidores» o que realicen >80% del tratamiento prescrito en la escala de evaluación de la adherencia a psicotrópicos fue comparado en ambos grupos a las 8 y 24 semanas de tratamiento (ver tabla 2).

Tabla 2. Evaluación de la adherencia al tratamiento

Estimación con tratamiento oral	Realización del tratamiento prescrito		
	En la bibliografía (%)	Valoradas por los enfermeros/as: media (DE)*	Sobre los propios pacientes: media (DE)
Cumplidor	>80	>81.79 (12.32)	53.34 (28.00)
Parcialmente cumplidor	20-80	41.76-71.33 (24.23-20.59)	27.04 (17.90)
No cumplidor	<20	<28.72 (16.86)	19.62 (20.53)

* García I. & cols. [14].

Durante un período de seis meses, entre enero y diciembre¹ pacientes potencial-

mente elegibles (*n* = 92), hospitalizados en cuatro instituciones psiquiátricas (Hospital Santa Clara, Hospital San Ignacio, Centro de Atención Los Alcázares en Bogotá y Hospital Federico

¹ Aunque los datos fueron recogidos en 1992, el Consejo Académico considera que esto no afecta la calidad ni los resultados del trabajo.

Lleras Acosta en Ibagué) fueron evaluados. Los diagnósticos psiquiátricos fueron extraídos de la historia clínica usando los criterios del DSM IV y luego confirmados en una evaluación posterior, por un psiquiatra independiente.

Criterios de inclusión: 1) diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo y trastorno psicótico no especificado; 2) presencia de al menos dos episodios en la vida con síntomas psicóticos agudos y 3) uso de tratamiento psicotrópico durante más de 3 meses como tratamiento primario de los síntomas psicóticos. El diagnóstico de los sujetos fue realizado mediante la revisión de las historias clínicas según los criterios del DSM IV y luego confirmado por evaluación posterior por un psiquiatra independiente, para determinar quiénes eran pasibles de un diagnóstico de esquizofre-

nia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo.

Criterios de exclusión: 1) pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebral orgánica grave, presencia de enfermedad clínicamente crónica o incapacitante, 2) pacientes sin recibir medicamentos psicotrópicos, y 3) pacientes con utilización de musicoterapia dentro de los 90 días previos al inicio del estudio.

Un total de 85 pacientes psicóticos (33 mujeres, 52 varones) fueron incluidos en el estudio (ver figura 1).

Elegibilidad del paciente

Todos los pacientes habían tenido al menos dos episodios con síntomas psicóticos agudos y habían recibido un tratamiento psicotrópico durante más de tres meses como tratamiento primario de

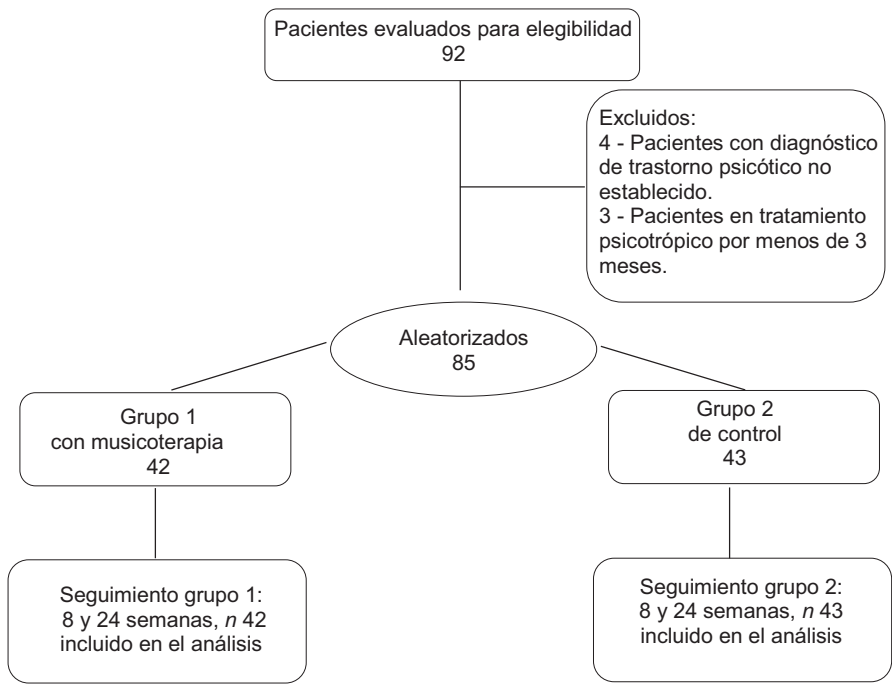


Figura 1: Randomización y distribución de pacientes con esquizofrenia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y esquizoafectivo en los grupos con musicoterapia (1) y control (2)

los síntomas psicóticos. Antes del tratamiento, el comité científico de cada institución y todos los participantes dieron su consentimiento por escrito.

Sesiones grupales de musicoterapia

Después del examen psiquiátrico, también se evaluó a todos los pacientes mediante un hemograma completo y un examen físico. Ninguno de ellos registraba clínicamente abuso de sustancias como problema principal anterior. Los pacientes fueron asignados al azar, lanzando una moneda, en dos grupos. El grupo 1 ($n = 42$) recibió MTG en el centro de referencia. Cada sesión MTG fue conducida por el investigador principal (coordinador de la investigación) y al menos un terapeuta (cuatro terapeutas profesionales, tres mujeres y un varón, con una experiencia clínica promedio de 5 años, *DE* 3.4; rango 2–12). Los pacientes recibieron sesiones de musicoterapia con una duración total de 60 minutos una vez por semana. Todos los pacientes participaron en la MTG durante 8 semanas (un total de 8 sesiones). Recibieron las sesiones a diferentes horas del día, principalmente en la tarde. La primera sesión comenzó con una introducción (reglas, estructura y objetivos). Cada sesión de MTG estaba basada en la combinación de métodos musicoterapéuticos de grupo en el tratamiento de pacientes psicóticos, desarrollados y publicados [25, 4]. Durante las sesiones, los participantes se sentaban en círculo. Ocasionalmente, una guitarra, un tiple (instrumento como una guitarra, típico de Colombia) o un tambor se utilizaban como instrumento principal.

La fase inicial de la terapia se caracterizó por una participación pasiva por parte de los pacientes y una sutil invitación principalmente a que escucharan a los terapeutas tocar música. Gradualmente, se fue incrementando el grado de partici-

pación primero entonando canciones tradicionales y populares antiguas en coro, luego introduciendo movimiento corporal al ritmo de la música. En la fase posterior, se hizo hincapié en la participación activa de los pacientes y en facilitar la comunicación interpersonal de los que se unieron a la percusión con pandere-tas, maracas, triángulos y castañuelas.

Todas las sesiones incluían básicamente las siguientes secciones estructuradas:

1. «Introducción» (duración: 10 minutos). Objetivo: lograr comunicación con un lenguaje no verbal mediante la invitación a tomar contacto con instrumentos musicales y otros materiales.
2. «Sección de precalentamiento» (duración: 10 minutos). Objetivo: alcanzar funciones básicas como el canto y la expresión musical; se trata de una fase motora en la que los pacientes bailan, juegan con movimiento y hacen ejercicios físicos.
3. «Sección de tareas estructuradas» (duración: 20 minutos). Objetivo: lograr diferentes intervenciones tales como música, juegos de rol, estímulos musicales; es una fase receptiva basada en escuchar música; se abordan características psicopatológicas comunes relacionadas con la música, como alucinaciones auditivas, delirios, discurso desorganizado y fenómenos de agitación motora.
4. «Sección de movimiento creativo» (duración: 10 minutos). Objetivo: experimentar la música como fuente de creatividad, confiabilidad; se trata de una fase activa durante la cual los pacientes componen música y cantan; una fase de placer y autoexpresión, con elementos de la música y la danza.
5. «Círculo de cierre» (duración: 10 minutos). Objetivo: compartir, verbalizar e integrar las experiencias; es una fase predominantemente verbal durante la cual los pacientes hablan de sus emociones, pensamientos y fantasías experimentadas mientras escuchaban música dentro del grupo.

Debido a que la terapia era parte de los procedimientos de la terapia ocupacional, los pacientes recibieron sesiones de musicoterapia como parte del tratamiento interno y/o ambulatorio, según los planes terapéuticos previamente diseñados.

El resto del tiempo, los pacientes continuaron con sus actividades diarias programadas para pacientes hospitalizados o ambulatorios. Al grupo 2 ($n = 43$) aceptado como grupo de control, se le indicó que continuara con sus actividades diarias. No se ofrecieron otros programas de arte terapias. Durante el programa de terapia, a ambos grupos se les permitió tomar otros medicamentos no psicotrópicos, como también charlas de apoyo u asesoramiento de ser necesario.

Análisis de los datos

Un observador independiente (enfermera especializada en psiquiatría) estuvo a cargo de cuantificar la adherencia a la medicación psicotrópica antes, al final y 6 meses después de la musicoterapia, basándose en la información obtenida de un miembro de la familia (o cuidador principal). La adherencia a la medicación se estimó por consenso usando la Evaluación de la adherencia terapéutica. En una reunión de 20 a 30 minutos, cada semana y como parte del tratamiento psiquiátrico individual, un psiquiatra, una enfermera especializada en psiquiatría (ambos observadores independientes, en desconocimiento del tratamiento asignado) con al menos un miembro de la familia (o cuidador principal) completaron la evaluación de la adherencia terapéutica. Sobre la base de la información obtenida, y por consenso, al final de cada encuentro se registró el número de pacientes clasificados *cumplidores* (la mejor puntuación en la escala de adherencia al medicamento). Incluimos en nuestro análisis los resultados basados en los registros de las evaluaciones después de 8 semanas y de 6 meses.

Análisis estadístico

El estudio fue diseñado para tener un 80% de potencia. Los estudios de musicoterapia reclutaron menos sujetos (54), alcanzaron una potencia de 0.8 con un tamaño de efecto de 0.40 (15). Las características de los pacientes se compararon mediante la prueba t para las variables continuas y la prueba Pearson 2 o la prueba exacta de Fisher para las variables dicotómicas. Se utilizó $P < 0.05$ para determinar la significación estadística. Los datos del ensayo se analizaron según una estrategia de análisis por intención de tratar. Los resultados de adherencia a la medicación durante la primera semana de tratamiento se calcularon para diferentes subgrupos, utilizando análisis de regresión logística, incluidos los términos para el tipo de medicamento, el número de medicamentos, la duración y el tipo de diagnóstico, y los términos para ajustar las posibles diferencias por los factores que no estaban directamente relacionados con musicoterapia (esto es sexo, género). A excepción de las estratificaciones del sitio, todos los valores de P se ajustaron a los efectos del sitio. Los datos se analizaron con el software SPSS-PC (versión 9.0 para Windows).

Resultados

Como se muestra en la tabla 3, la muestra consistió en 85 pacientes (52 hombres y 33 mujeres). Sus edades oscilaron entre 15 y 65 años (media, 34.61 años; DE , 12.94). De los 85 sujetos que participaron en este estudio, 76 vivían con al menos un miembro de la familia y 9 vivían solos. Más de la mitad de los participantes ($n = 53$), eran solteros, 18 estaban casados, 12 estaban separados / divorciados y 2 eran viudos. La mayoría de ellos padecían esquizofrenia ($n = 40$), 18 tenían un trastorno bipolar, 17 otros tipos de psicosis no especificada y 10 tenían un trastorno esquizoafectivo como diagnóstico primario.

Casi la mitad de los sujetos estaban empleados ($n = 45$) y 40 desempleados. Solamente 4 de los sujetos informaron el uso anterior o actual de técnicas de relajación, como la música ($n = 2$) y la oración ($n = 2$).

La diferencia de las características demográficas entre los dos grupos no fue significativa al inicio del estudio (tabla 3). Los resultados de las comparaciones en el número de psicotrópicos, los efectos secundarios, la duración del tratamiento, el diagnóstico psiquiátrico y otros parámetros psicosociales se distribuyeron uniformemente en ambos grupos. Inicialmente, no se encontraron diferencias en los pacientes clasificados como *cumplidores* (la mejor puntuación en la escala de adherencia al medicamento) entre los grupos. El tipo de uso de drogas psicotrópica se distribuyó equitativamente en ambos grupos. Todos los pacientes completaron el estudio y ninguno del grupo de musicoterapia (grupo 1) perdió más de una sesión.

En el grupo 1, después de la terapia, 73.8% de pacientes fueron clasificados como *cumplidores* en la escala de adherencia al medicamento (definido como aquellos que tengan adherencia al tratamiento >80% del tiempo). Por el contrario, solo 16.2% de pacientes en el grupo 2 fueron clasificados como *cumplidores* en escala de adherencia al medicamento. La diferencia en los porcentajes de los dos grupos fue estadísticamente significativa (73.8% vs. 16.2%, $P < 0.001$). Al final de los 6 meses, a pesar de una disminución en los efectos del tratamiento durante el período de seguimiento, en el grupo de tratamiento persistía una mejora significativa en la escala de adherencia al medicamento (69.0% vs. 16.3%, $P < 0.001$). Los resultados son presentados en la figura 2.

Usando un modelo de regresión logística, controlando por covariables como sexo, edad, número de medicación y diagnóstico, las diferencias entre los grupos se mantuvieron después de 8 semanas ($df = 1$; $p .003$) y después de 24 semanas ($df = 1$; $p .014$).

Discusión y conclusiones

El impacto del incumplimiento terapéutico en la evolución de los pacientes con esquizofrenia y los otros trastornos descritos en este estudio es muy importante ya que aumenta el riesgo de recaídas, de hospitalizaciones, de suicidio, disminuye la calidad de vida y repercute en las familias y cuidadores. Por otro lado, la falta de efectividad con los psicotrópicos parece deberse relativamente a la no adherencia al tratamiento.

Según nuestro conocimiento, no hay estudios sobre los efectos beneficiosos de la musicoterapia en la adherencia a la medicación, en pacientes con los

Tabla 3. Propiedades demográficas del grupo con musicoterapia y grupo de control

	Grupo 1 ^(a)	Grupo 2 ^(b)	χ^2
N° de pacientes	42	43	
Edad (años $\pm$ DE)	33.5 $\pm$ 12.6	35.7 $\pm$ 13.3	
Género (F/M)	16/26	17/26	1.0
<i>Duración de la enfermedad</i>			
< 5 años	20	22	
5-10 años	17	13	.09
>10 años	5	8	
<i>Diagnóstico</i>			
Desorden bipolar	10	8	
Desorden esquizoafectivo	6	5	.74
Esquizofrenia	19	21	
TP no especificado	7	10	
<i>Estado civil</i>			
Casado/a	9	9	
Viudo/a	1	1	
Separado/a- Divorciado/a	6	6	1.0
Soltero/a	26	27	
Empleado	23	22	.83
Vive con la familia	38	38	1.0
Número de psicotrópicos (más de 3)	6	7	1.0
<i>Uso de medicación</i>			
Antipsicóticos	21	21	
Litio o estabilizador del ánimo	2	4	.71
Combinación	19	18	

Ref.: a) Grupo con musicoterapia; b) Grupo control.

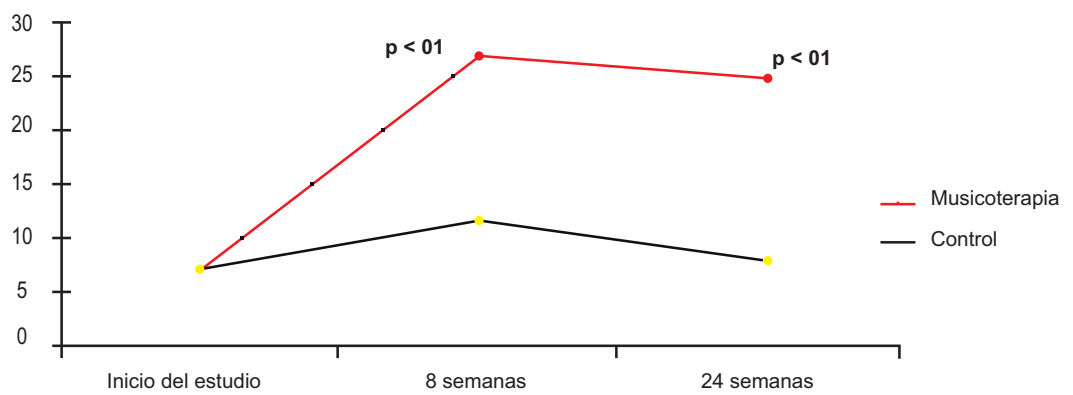


Figura 2. Comparación de adherencia a la medicación entre grupos al inicio de estudio y a final de las 8 y 24 semanas (N=85) (la información está expresada en número de pacientes; en el grupo de musicoterapia hubo una mejora estadística a final de la 8 semana y después de 6 meses)

diagnósticos psiquiátricos que analizamos en nuestro estudio. Después de 8 semanas de terapia, observamos mejoras en los resultados de adherencia a la medicación en el subgrupo de pacientes bipolares que se mantuvieron durante el período de seis meses. Especulamos que esto puede depender de los efectos rítmicos de la estructura de la musicoterapia en la modulación del estado de ánimo. Se desconoce si el mecanismo es de vías múltiples y complejas. Los pacientes pueden liberar sus sentimientos de una manera no agresiva, tocando los tambores o cantando una canción o expresando sus deseos de manera contenida. Davis y Boster [9] describieron cómo descubrieron que la música ayudaba a pacientes psiquiátricos violentos a expresar diversos grados de emoción asociados con las canciones.

Se han realizado varios estudios sobre la aplicación de diversas técnicas de musicoterapia en ámbitos clínicos. Asimismo, están muy bien documentados los efectos de la musicoterapia en pacientes con trastornos no psicóticos [30, 21, 19, 10, 18, 12, 7]. También se encontró que era efectiva para el manejo del dolor agudo en el

tratamiento del dolor causado por lesiones por quemadura [12]. Algunos estudios sobre musicoterapia indican su efectividad en el tratamiento de la ansiedad y el dolor asociados con procedimientos médicos [19, 10, 18, 12, 7].

Se realizaron dos estudios controlados en pacientes con trastornos crónicos, tales como trastornos esquizoafectivos y esquizofrenia. En el estudio realizado por Leung *et al.* en 1998 [20] el grupo de canto con karaoke mostró mayor interacción social que el grupo de canto simple. En el segundo estudio, la musicoterapia demostró sus efectos positivos, pero no duraderos, en mediciones relacionadas con las relaciones personales y la sensación subjetiva de participación en un coro [16].

La música no se percibe fácilmente como biológicamente adaptable: no nos alimenta, no nos protege contra el peligro, ni prolonga nuestras vidas [27], sin embargo, algunas sensaciones incómodas y molestas, como el dolor y la ansiedad se reducen por su acción sobre la relajación y por el aumento del umbral del dolor [8]. Al causar relajación, ayuda a eliminar los mediadores del dolor y la ansiedad. Esto

puede jugar un papel importante en cuanto a los síntomas de dolor en el caso de lesiones por quemaduras. La musicoterapia también activaría los sistemas de neurotransmisores. Podemos especular que la activación de los sistemas serotoninérgico y simpático y un aumento de acumulación secundaria de NE, como resultado de la inhibición de la recaptación de 5-HT más el antagonismo del receptor 5-HT (2A) en el sistema nervioso central, puede ser un factor de su efecto sedante [28]. Los estudios han demostrado un efecto relajante de la música en pacientes esquizofrénicos [15] y su tendencia a percibir la música como atractiva [23].

Las limitaciones del presente estudio deben ser mencionadas. No hubo tratamiento placebo para el grupo de control. Por lo tanto, el efecto de haber tenido simplemente reuniones no pudo distinguirse de la ventaja de la musicoterapia encontrada en el este estudio. Además, los sujetos de este estudio no eran representativos de los pacientes comunes hospitalizados con estas cuatro enfermedades (esquizofrenia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo). Las investigaciones futuras necesitan adoptar un diseño que permita superar estas desventajas. Asimismo, aun cuando la ventaja podría atribuirse simplemente a los encuentros y no específicamente a la

terapia, ésta puede deberse al potencial de la musicoterapia para lograr una experiencia grupal cohesiva con un alto índice de asistencia.

La musicoterapia parece ser eficaz mejorando adherencia medicamentosa en pacientes con trastornos psiquiátricos. Serían muy útiles nuevas investigaciones para: a) confirmar el mecanismo de la musicoterapia en la adherencia al medicamento en pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos, b) apoyar el rol de la musicoterapia en los sistemas neurotransmisores y las respuestas de otros sistemas del cuerpo y, c) como la musicoterapia no tiene efectos secundarios y es relativamente económica, merece una mayor evaluación e inclusión en el tratamiento integral del paciente.

Reconocimiento: agradezco a Nora Danies, MD, Orlando Gongora, MS, Yaneth Valero MSW, Yaneth Vargas, RN, Carmen L. Pava, MS, Jaime Velosa Psy, Fernando Guzmán, MD, María Cristina de Taborda, MD, Cecilia de Santacruz, PhD, Pablo Rodríguez, MD, Elena de Restrepo MD, al personal y los familiares involucrados en esta investigación, de Colombia, por su diligencia y esfuerzo realizado para que este estudio fuera posible y al Dr. James Perel de la Universidad de Pittsburgh por su revisión de este estudio y aliento para publicarlo.

Referencias

1. Arts SE, Abu-Saad HH, Champion GD, Crawford MR, Fisher RJ, Juniper KH, Ziegler JB. Age-Related Response to Lidocaine-Prilocaine (EMLA) Emulsion and Effect of Music Distraction on the Pain of Intravenous Cannulation. *Pediatrics*. 1994; 93(5):797-801. PMID: 8165081.
2. Augustin, Penny RN, MS. Hains, Anthony A. Phd. Effect of Music on Ambulatory Surgery Patients' Preoperative Anxiety. *AORN J*. 1996; 63(4):750-58.
3. Beck SL. The therapeutic use of music for cancer-related pain. *Oncol Nurs Forum*. 1991 Nov-Dec;18(8):1327-37. PMID: 1762973
4. Bollea E. Guarino A. Group music therapy in the comprehensive management of psychosis. *Minerva Psichiatr*. 1991;32(2):109-17. PMID: 1870411
5. Boxberger R. History of the national association for music therapy. In: *National Association for Music Therapy (eds). Musical Therapy*. Allen Press, Lawrence, 1962: 133-201.
6. Colt HG, Powers A, Shanks TG. Effect of Music on State Anxiety Scores in Patients

- Undergoing Fiberoptic Bronchoscopy. *Chest*. 1999; 116 (3):819-24.
7. Chlan L. Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilatory assistance. *Heart Lung*. 1998 ;27(3):169-76.
 8. Chlan L, Evans D, Greenleaf M, Walker J. Effects of a single music therapy intervention on anxiety, discomfort, satisfaction, and compliance with screening guidelines in outpatients undergoing flexible sigmoidoscopy. *Gastroenterol Nurs*. 2000;23(4):148-56. PMID: 11310081.
 9. Davis DL, Boster L Multifaceted therapeutic interventions with the violent psychiatric inpatient. *Hosp Community Psychiatry*. 1988; 39 (8):867-69.
 10. Doyle A, McAlpine M, Winke B. Effect of Music in reducing pain and anxiety during electrodiagnostic testing. *Am J Phys Med Rehabil*. 1999; 78(2):184.
 11. Dubois J, Bartter T, Pratter M. Music Improves Patient Comfort Level During Outpatient Bronchoscopy. *Chest*. 1995. 108 (1):129-30.
 12. Fratianne RB, Prensner JD, Huston MJ, Super DM, Yowler CJ, Standley JM. The Effect of Music-Based Imagery and Musical Alternate Engagement on the Burn Debridement Process. *J Burn Care Rehabil*. 2001;22(1):47-53.
 13. Gaberson KB. The effect of humorous and musical distraction on preoperative anxiety. *AORN J*. 1995; 62 784-791. PMID: 8534077.
 14. Garcia I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Lluch MT, Fornés J, Rodríguez A, Giner J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: consenso de enfermería en salud mental. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38 (Suppl. 1):1-45.
 15. Glicksohn J, Cohen Y. Can music alleviate cognitive dysfunction in schizophrenia? *Psychopathology*. 2000; 33: 43-47.
 16. Hayashi N, Tanabe Y, Nakagawa S, Noguchi M, Iwata C, Koubuchi Y, Watanabe M, Okui M, Takagi K, Sugita K, Horiuchi K, Sasaki A, Koike I. Effects of group musical therapy on in patients with chronic psychoses: a controlled study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2002; 56(2):187-93.
 17. Heitz L, Symreng T, Scamman FL. Effect of music therapy in the postanesthesia care unit: a nursing intervention. *J Post Anesth Nurs*. 1992 Feb;7(1):22-31.
 18. Jacobson AF. Intradermal normal saline solution, self-selected music, and insertion difficulty effects on intravenous insertion pain. *Heart Lung*. 1999;28(2):114-22. PMID: 10076111 DOI: 10.1053/hl.1999.v28.a95256
 19. Koch ME, Kain ZN, Ayoub C, Rosenbaum SH. The Sedative and Analgesic Sparing Effect of Music. *Anesthesiology*. 1998;89(2):300-6. PMID: 9710387.
 20. Leung CM, Lee G, Cheung B et al. Karaoke therapy in the rehabilitation of mental patients. *Singapore Med J*.1998; 39: 166-68.
 21. Mandle CL, Domar AD, Harrington DP, Leserman J, Bozadjian EM, Friedman R, Benson H. Relaxation response in femoral angiography. *Radiology*. 1990;174(3 Pt 1):737-9. PMID: 2406782 DOI: 10.1148/radiology.174.3.2406782
 22. Murai Y. Musical therapy in mental hospitals. In: Sakurai H (ed.). *Musical Therapy Studies*. Tokyo: Ongakunotomosha, 1996, 151-70.
 23. Nielzén S, Cesarec Z. Emotional experience of music by psychiatric patients compared with normal subjects. *Acta Psychiatr Scand*. 1982; 65: 450-60.
 24. Pfeiffer H, Wunderlich S, Bender W, Els U, Horn B. Freie Musikimprovisation mit schizophrene Patienten. Kontrollierte Studie zur Untersuchung der therapeutischen Wirkung. *Rehabilitation*. 1987; 26: 184-92.
 25. Schmuttermayer R. Possibilities for inclusion of group music therapeutic methods in the treatment of psychotic patients. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)*. 1983;35(1):49-53. PMID: 6856710.
 26. Sheitman BB, Lieberman JA. The Natural History and Pathophysiology of Treatment Resistant Schizophrenia. *J Psychiatr Res* 1998; 32(3-4):143-50.
 27. Storr A. Music and the mind. New York: Ballantine; 1992.
 28. Szabo ST, Blier P. Effects of serotonin (5-hydroxytryptamine, 5-HT) reuptake inhibition plus 5-HT(2A) receptor antagonism on the firing activity of norepinephrine neurons. *J Pharmacol Exp Ther*. 2002;302(3):983-91. PMID: 12183655 DOI: 10.1124/jpet.102.033282.
 29. Tang W, Yao X, Zheng Z. Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 1994; 165 (Suppl. 24): 38-44.
 30. Updike PA, Charles DM. Music Rx: Physiological and Emotional Responses to Taped Music Programs of Preoperative Patients Awaiting Plastic Surgery. *Ann Plast Surg* 1987;19(1):29-33.