

“Música, recuperación y conectividad social”: estudio cualitativo sobre la experiencia de la musicoterapia con adultos en una unidad de agudos de Salud Mental

Antecedentes

La última Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), realizada en 2017 sobre una muestra representativa de población no institucionalizada, reveló que una de cada diez personas de 15 años o mayores habían comunicado estar diagnosticadas de algún problema de salud mental. Al mismo tiempo, el 3,8% de la población convive con una limitación para las actividades de la vida cotidiana debido a este tipo de problemas (1). En la comunidad de Madrid el 15,6% de la población adulta se encuentra en riesgo de empeorar su salud mental y la prevalencia declarada de trastornos mentales asciende hasta el 7,17 (2). Además, los trastornos mentales y del comportamiento son los que generan estancias hospitalarias más prolongadas, con una media de 50,6 días; 31,9 en hospitales públicos y 104,4 en centros privados, así lo revelaba en 2020 la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (3).

La totalidad de los indicadores de morbilidad neuropsiquiátrica en la población adulta de la ENSE señalaron un gradiente según nivel socioeconómico, siendo más acuciante en la población femenina (2). Este aumento de la morbilidad en mujeres y en clases bajas, así como el consumo elevado de psicofármacos contrasta con un escaso acceso y uso de los servicios de salud mental.

Debido al énfasis actual en la medición de la eficacia de los servicios de salud mental se ha tomado en consideración la necesidad de un cambio de paradigma. La visión esencialmente clínica de la salud mental mantiene atributos inherentes, como son la cronicidad, la dependencia y la reducida inclusión social (4). En respuesta, las políticas de salud mental están moviéndose hacia programas y servicios encaminados a la recuperación, incentivando la participación del usuario en el uso de técnicas confiables y válidas para medir los resultados orientados a la recuperación, y, además, definidas por el mismo usuario (5).

Una de las definiciones más comúnmente utilizadas establece que “La recuperación es un proceso único y profundamente personal de cambiar la actitud, los valores, los sentimientos, las metas, las habilidades y los roles de una persona. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y contribuyente, incluso con las limitaciones que provoca la enfermedad” (6).

En los parámetros contextuales únicos de los problemas de salud mental, la recuperación de una vida significativa, productiva y apreciada adquiere más importancia que la cuestión de la curación de la enfermedad mental; la recuperación es un proceso subjetivo, complejo y multidimensional con una gran variabilidad en cuanto a su conceptualización y, por tanto, al diseño de medidas objetivas para su evaluación e intervención (7). Al mismo tiempo, parte de la premisa de que no se debe asumir la universalidad del constructo de la recuperación entre culturas (8).

Algunos autores han utilizado el marco CHIME (Conexión, Esperanza y optimismo, Identidad, Significado y Empoderamiento) para describir los procesos de recuperación (9). La aplicación del modelo CHIME en España señala que la incorporación del concepto entre los usuarios es limitada, además, existe un marcado carácter social y relacional de la recuperación en España (5), que podría estar desafiando el enfoque individualista en otros países. Hallazgos recientes indican el Cuestionario de 15 ítems sobre el Proceso de Recuperación en su versión adaptada a España (QPR-15-SP) tiene algunas dimensiones no exploradas, la mayoría relacionadas con el

proceso de conectividad del marco CHIME, como son el acompañamiento familiar y profesional, la participación comunitaria, el sentido de pertenencia a grupos sociales y/o movimientos asociativos o la identificación de activos en salud (7). Estos elementos aluden a lo descrito en la Teoría Cognitiva Social, dado que la participación social genera cambios en la conducta y es un factor mediador entre los determinantes sociales y los efectos en la salud (10,11).

Por otro lado, la falta de adherencia al tratamiento prescrito ya sea farmacológico o psicosocial es uno de los factores que empeoran el pronóstico y morbilidad de las personas con enfermedad mental, especialmente aquellas que conviven con esquizofrenia (10). A menudo es considerado un desafío importante y una causa de recaída y hospitalización, además se ve influenciada por factores complejos asociados a la enfermedad, el tratamiento y el nivel de apoyo social. La investigación ha demostrado que los usuarios con diagnósticos de salud mental que reciben su tratamiento preferido muestran una tasa de abandono más baja y una alianza terapéutica fortalecida (11). Asimismo, los servicios orientados en la recuperación que abogan por una mayor autodeterminación forjan más opciones de tratamiento, lo que debería reducir los costes asociados a la baja adherencia y la desvinculación prematuras.

Contando con una mejora de los avances en el tratamiento médico y de rehabilitación psicosocial, cada vez surgen más demandas de nuevos enfoques terapéuticos de colaboración y apoyo, entre las que destaca la musicoterapia. La musicoterapia es una intervención utilizada en entornos médicos, educativos y cotidianos con individuos y grupos para otorgar al participante, su familia y la comunidad en general sentimientos de bienestar físico y mental (12).

Alvin planteaba ya en 1978 que la libertad de la improvisación en la música es una reflexión de la actitud general que el musicoterapeuta extiende al paciente; siempre respeta su libre elección autónoma, tanto musical como personalmente. Alvin no impone ninguna norma, restricción, dirección o influencia en la improvisación del usuario a menos que éste lo pida. La persona es literalmente libre de establecer o no un compás, una medida, un patrón rítmico, una escala, un tono central, un tema melódico o una progresión de acordes.

En la última década, existe un aumento de literatura científica que aborda la eficacia de la musicoterapia en términos cuantitativos con respecto a varias medidas de resultado estandarizadas, la mayoría aluden a la reducción de síntomas y al aumento de la salud global (13). Silverman et al. plantean la musicoterapia en entornos agudos de salud mental mediante ensayos clínicos dirigidos hacia la autoeficacia (14), las habilidades de afrontamiento y la alianza terapéutica (15), el estigma propio y experimentado (16) o la recuperación (17). En los diseños mixtos existe información relevante sobre la experiencia subjetiva de la musicoterapia (18). Los enfoques cualitativos favorecen un acercamiento a las propias vivencias de los usuarios, encontrando sus propias narraciones, aquello que Slade denominaba “la mitad de la historia”(19) y transformando los resultados de investigación mediante una comprensión ideográfica y subjetiva (20). Además, añade que para que los servicios de salud mental apoyen plenamente la recuperación, es necesario dotar de cierta primacía a la experiencia individual, virando la orientación mediante una epistemología constructivista (9,19).

Este desarrollo tiene grandes repercusiones en la práctica e investigación del cuidado de la salud, formando a los equipos en prácticas flexibles que promuevan los derechos humanos y la participación de los usuarios (14). La musicoterapia brinda beneficios reconocidos de una práctica orientada a la recuperación, dirigiéndose en el trabajo relacional y situando los recursos destinados a construir y reforzar la identidad, estrategias de afrontamiento y posibilidades para la participación comunitaria (21).

Justificación

Cada vez son más los hallazgos que proponen que la recuperación y la agencia constituyen un marco más adecuado para la musicoterapia en la atención de la salud mental, en comparación al enfoque basado en la remisión de los síntomas y la mejora funcional (13). Las fortalezas de la musicoterapia, como su aceptabilidad y flexibilidad, también suponen desafíos y dilemas de priorización, evidenciando la necesidad de una estrecha colaboración al evaluar el proceso del participante (21). Por consiguiente, existe una oportunidad de mejora en la implementación de la musicoterapia en los equipos de atención médica presentes (21,22).

En esta misma línea, el compromiso profesional relacionado con la recuperación está íntimamente ligado a la promoción de la autodeterminación, la esperanza y la inclusión (11). En el contexto de las unidades de agudos de Salud Mental, la promoción del compromiso del usuario es una de las funciones centrales de las enfermeras de salud mental (23), lo que genera nuevas demandas formativas. Entre estos planteamientos aparece la musicoterapia o el cuidado musical, destacando la gran relevancia de la capacitación académica y clínica, la acreditación y la formación continuada en el uso de sus métodos (24).

Además de contar con un conjunto de habilidades técnicas utilizadas en la práctica clínica, los roles de las enfermeras de salud mental están informados por un grupo distintivo de capacidades no técnicas que favorecen el bienestar de los usuarios del servicio (25), mediante la validación y fomento de la confianza basados en la recuperación (26), que ayuda en la reducción de la coerción y el estigma (25). Del mismo modo, Alvin puntualizaba respecto a la cualidades personales esenciales del musicoterapeuta que incluyen una personalidad estable y madura, habilidad de compartir y observar, mostrar simpatía y comprensión sin involucrarse emocionalmente, tener un gran sentido del humor, tener paciencia y ser tolerante con lo que ocurra (12).

La musicoterapia realizada por enfermeras de salud mental es más prevalente en las unidades de agudos que en otros recursos, y han reportado utilizarlo para reducir la ansiedad y mejorar el descanso nocturno, disminuir la distracción, la agitación o la agresión (22). No obstante, en este contexto la orientación de la musicoterapia hacia el proceso de recuperación ha sido escasamente explorada, además, debe ser integrada en colaboración con otros profesionales del equipo asistencial. La musicoterapia basada en el cuidado con perspectiva grupal o comunitaria es a la vez pública y privada, social y personal, centrada y descentrada, una unidad más allá de la uniformidad (25), que puede mejorar la calidad de acompañamiento profesional.

Objetivos

El objetivo principal del estudio es obtener relatos de primera mano de adultos ingresados en una unidad de agudos de Salud Mental que participan en una intervención de musicoterapia.

Los objetivos específicos son:

- Explorar cómo es para las personas hospitalizadas participar en una intervención de musicoterapia grupal
- Explorar cómo los participantes experimentan la musicoterapia en relación con su proceso de recuperación en salud mental (autoeficacia, esperanza, identidad y conexión social).

Metodología

Para ser congruente con el número y grupo de pacientes en constante cambio, así como el rápido flujo de usuarios en la unidad de hospitalización breve de Salud Mental, la puesta en marcha de este estudio ha sido dividida en tres fases (Fig. 1).

Fig. 1 Fases del proyecto



Fase I: Selección de los participantes y recogida de datos

La población de estudio son aquellas personas ingresadas en la unidad de hospitalización breve de agudos de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias que deseen participar en un programa de musicoterapia grupal, su posterior grupo focal y/o entrevistas semiestructuradas (grabadas en vídeo y audio) y que cumplan los criterios de elegibilidad.

El muestreo será intencional y teórico, es decir, los participantes deberán cumplir los siguientes criterios de inclusión: 1) estar ingresado en la unidad de agudos durante la semana que se realiza la intervención, 2) mostrar interés por la música y/o encontrarse motivado para realizar la intervención de musicoterapia grupal; 3) ser verbalmente capaces para expresarse en una entrevista individual o grupo; 4) estar incapacitados o capacitados legalmente. Los pacientes excluidos serán aquellos que no puedan completar los cuestionarios en formato papel con ayuda de los colaboradores. Los criterios de inclusión y exclusión han sido evaluados por psiquiatras, enfermeras y terapeuta ocupacional, así como residentes de las distintas especialidades del equipo clínico de la unidad.

Respecto a la recogida de datos, las características sociodemográficas e información de los participantes se recogerán previo a la realización de la primera sesión de musicoterapia, incluyendo (ANEXO I): género, edad en años, diagnóstico CIE-11 principal, tipo de hospitalización (voluntaria/involuntaria) y cumplimentar el Cuestionario de 15 ítems sobre el Proceso de Recuperación en su versión adaptada a España (QPR-15-SP)(7). Tras finalizar el programa se anotará el número de sesiones de musicoterapia en las que ha participado.

Fase II: Programa de musicoterapia grupal

Los factores sugeridos por la literatura para tener éxito cuando se trabajan con adultos un unidades de agudos de salud mental son la frecuencia de la terapia, la estructura de la sesión, la consistencia del contacto y la relación terapéutica (27). La musicoterapia ofrecida a los participantes del estudio se fundamenta en el modelo Alvin sobre la Terapia de Libre Improvisación (28).

El diseño de intervención consta de 3 sesiones para ser congruente con el número y grupo de pacientes en constante cambio, así como el flujo de pacientes en la unidad de hospitalización

breve. Las sesiones se realizarán en días alternos (lunes, miércoles y viernes) a lo largo de una semana, con una duración media de 25-45 minutos. Previo a llevar a cabo la primera sesión se realizará una presentación de 15 minutos sobre el significado del proceso de recuperación en salud mental, especialmente en relación con las preguntas que habrán debido de cumplimentar en el Cuestionario de 15 ítems sobre el Proceso de Recuperación en su versión adaptada a España (QPR-15-SP) (7).

Cada sesión incluye una variedad de técnicas clínicas de improvisación en musicoterapia de empatía, estructura, procedimiento, referencialidad, debate, facilitación y exploración emocional. Además de técnicas de participación como improvisaciones estructuradas y libres, escucha de grabaciones, composición de canción grupal o mezclar música, dando la opción de elegir la que más agrade al grupo de usuarios y se adapte a sus necesidades. La temática de cada sesión estará dirigida a uno de los factores que influyen en la recuperación y basados en el marco CHIME: 1) conexión e inclusión social, 2) esperanza y optimismo, 3) identidad y significado. El programa de musicoterapia será realizado por la enfermera investigadora principal del estudio y la terapeuta ocupacional de la unidad.

Fase III: Estudio cualitativo

Al finalizar la tercera y última sesión se realizará el grupo focal (grabado en vídeo y audio) hasta la saturación de los datos, momento en el que se habrá alcanzado el tamaño muestral; en caso de ser necesario o porque el participante lo solicite tras el grupo se realizarán entrevistas individuales semiestructuradas en profundidad. Respecto a la duración, en torno a 35-45 minutos ajustados a su estado y respuesta mental y emocional. El grupo focal será realizado por otros colaboradores, que no habrán participado en la puesta en marcha del programa de musicoterapia, para evitar las posibles tendencias de los participantes a exagerar los aspectos positivos.

Las preguntas planteadas en el guion conversacional al grupo focal y/o entrevistas semiestructuradas quedan recogidas en la tabla 1, siendo comunes a las utilizadas por otros autores (13), con un enfoque flexible y no directivo. Además, pretenden recoger una amplia gama de experiencias y narraciones subjetivas de los participantes dentro de la musicoterapia, tanto en la esfera musical como relacional, así como las áreas de mejora del programa, generando no solo información, sino también significación.

Tabla 1. Guion conversacional del grupo focal y/o entrevistas semiestructuradas

¿Qué papel juega la música en vuestras vidas?	
¿Qué podríais relatar sobre vuestras experiencias con este programa de musicoterapia?	
¿De qué manera ha podido ayudar la música en vuestro proceso de recuperación?	
En relación con vuestro proceso de recuperación ¿Qué opináis sobre las siguientes afirmaciones?	La música me ha ayudado a sentirme mejor conmigo mismo/a
	La música me ha ayudado a ver que soy capaz de desarrollar relaciones positivas con otras personas

El análisis cualitativo y transcripción de los datos se realizará con el programa ATLAS Ti o de forma manual (29) por la enfermera investigadora principal y colaboradores. Las transcripciones y las notas se analizarán de manera temática e identificando la esencia del fenómeno; utilizando para la interpretación de la información técnicas como la triangulación, las verificaciones externas o el proceso de reflexividad.

Plan de trabajo

El cronograma queda recogido en la tabla 2, se encuentra comprendido entre diciembre de 2022 y junio de 2023. Tras la aprobación del Comité de Bioética se realizarán las coordinaciones de equipo pertinentes para decidir el grupo de usuarios ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario Príncipe de Asturias al que se le plantea la intervención o para el que se considera que tendría mayores beneficios.

Tabla 2. Cronograma del plan de trabajo

	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Revisión bibliográfica							
Elaboración del proyecto							
Evaluación por el Comité Ético							
Intervención y coordinación de equipo							
Análisis de los datos							
Redacción y divulgación							

Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados

La aproximación hacia las experiencias de los usuarios de los recursos de salud mental favorece el diseño de intervenciones terapéuticas adecuadas a sus necesidades y contexto social. Los usuarios de las unidades de agudos de salud mental pueden estar expuestos a ciertos factores que disminuyen su apoyo y participación social. Explorar sus experiencias mediante intervenciones como la musicoterapia puede mejorar la calidad de acompañamiento profesional. Además, con el proyecto planteado se busca aumentar la inclusión de las prácticas de musicoterapia en el día a día de la Unidad de Hospitalización Breve.

Medios disponibles para la realización del proyecto

Salas comunes (comedor, sala de juegos y sala de televisión) e instrumentos musicales de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.