

UNIVERSIDAD DE HOLGUÍN

“OSCAR LUCERO MOYA”

FILIAL BÁGUANOS

CARRERA PSICOLOGÍA



**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA**

TÍTULO:

**Intervención psicoterapéutica con empleo de la
musicoterapia en un paciente de VIH-SIDA en estado de
reclusión.**

AUTOR: Julio Cesar Rodriguez Ferreiro

TUTOR: LIC. Taimarys Calvo Hernández

Báguanos-2012

AGRADECIMIENTOS

- ❖ *A Ludmila, por todo el ánimo y apoyo que me has dado durante toda la carrera.*

- ❖ *A Taymaris, por poner tus conocimientos a mi disposición.*

- ❖ *A Ivet, sin su ayuda no estaría en esta etapa de mis estudios.*

- ❖ *O Manuel Ferreiro, paradigma de hombre puro. Post Mortem.*

- ❖ *A Tomas Patterson, viejo amigo del taller de maquinado. Post Mortem.*

DEDICATORIA.

❖ *A María de la Caridad. Virgen del Cobre.*

❖ *A Inés María y Keily María. Por todo lo que significan para mí.*

❖ *A Hansel. Con la esperanza de servirle como ejemplo.*

	“Pág.”
Introducción.....	1
CAPITULO 1.	
ANÁLISIS DE LOS CRITERIOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS QUE SUSTENTAN LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DISMINUIR EL ESTRÉS CON EL EMPLEO DE MUSICOTERAPIA.....	6
1.1 La musicoterapia.....	6
1.2 – El estrés. Características esenciales.....	13
1.2.1 Musicoterapia y estrés.....	18
1.3- El Virus de Inmunodeficiencia Humana.....	19
1.4 - El estrés como consecuencia del internamiento penitenciario.....	20
CAPÍTULO 2. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA CON EL EMPLEO DE MUSICOTERAPIA EN UN PACIENTE CON VIH SIDA EN ESTADO DE RECLUSIÓN.....	23
2.1 Diseño metodológico de la investigación.....	23
2.1.1 Procedimiento de la investigación.....	26
2.1.2 Descripción del caso.....	28
2.2 Implementación de la intervención.....	29
Conclusiones.....	51
Recomendaciones.....	53
Bibliografía.....	54
Anexos.....	56

Pensamiento

“El hombre es aquello que él hace con lo que los demás han hecho de él”

Jean Paul Sarte

Resumen

La utilización de la música como recurso terapéutico depende de su capacidad para establecer puentes de comunicación. La música es capaz de evocar sensaciones, estados de ánimo, actitudes y conflictos, facilitando igualmente la expresión de los mismos que resultan, para muchos sujetos, difíciles de expresar por otras vías. La investigación tuvo como objetivo la implementación de una intervención psicoterapéutica con el empleo de musicoterapia para disminuir el estrés en un paciente en estado de reclusión en la Unidad Especial del VIH- SIDA de Holguín.

Se utilizaron métodos del nivel teórico; análisis-síntesis, Histórico – Lógico, Sistémico estructural funcional e Investigación -acción participativa. Del nivel empírico la observación participante, entrevista semiestructurada, revisión de documentos, ficha musicoterapéutica, Inventario de ansiedad, Cuestionario de salud general de Goldberg, Escala revisada de sucesos impactantes y Cuestionario de vulnerabilidad al estrés. Se consultaron las fuentes bibliográficas relacionadas con el tema a las cuales se tuvo acceso. El trabajo se estructura en 2 capítulos. El primero contiene el análisis de los criterios teóricos y metodológicos de la intervención psicoterapéutica para disminuir el estrés; el segundo el diseño metodológico y la Intervención psicoterapéutica.

Los resultados obtenidos demostraron que el empleo de la musicoterapia favoreció la disminución del estrés en el paciente recluso portador de VIH; mejoró los estilos de afrontamiento y logró mejores soluciones a las situaciones cotidianas que se presentan en el penal. Algunos ritmos propiciaron estabilidad, seguridad, comprensión, exploración interior y relajación. El paciente mejoró la concentración y el aprovechamiento de las tareas que realiza.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La música es una de las artes más difundidas y con mayor capacidad de comunicación. Hoy en día se reconoce que el principal valor terapéutico de la música radica en su influencia para evocar emociones, recuerdos y lograr que el ser humano establezca mediante ella una conexión espiritual y social, a la vez que sirve de plataforma para expresar sentimientos y lograr una sensación de seguridad y alivio. También se le reconocen otros valores como el producir escapes socialmente aceptables, estimular en la persona la confianza en sí misma y ser capaz de combatir el estrés, la ansiedad y la depresión. (J. Alvin, 1967: 30)

La música tiene la capacidad de integrar todos nuestros aspectos, físico, fisiológico, emocional, mental y espiritual. Puede hacernos sentir alegría, tristeza, rabia, entusiasmo, relajación...El efecto depende no tanto de la música que se escuche como del estado interior de quien recibe o genera dicha música, de sus preferencias musicales y de sus experiencias vitales con la música.

La musicoterapia utiliza las cualidades inherentes a la música para conectar con el interior de la persona y facilitarle que sea consciente de lo que siente y que pueda expresarlo de forma creativa. Confía en la capacidad de la música para sanar las emociones, creando un marco favorecedor de la introspección, de la comunicación consigo mismo y con el musicoterapeuta.

En el ámbito internacional la musicoterapia es considerada como una disciplina universitaria, incluyendo además grados de maestría y doctorado. Diversos autores han dado su aporte en este campo, entre ellos Jacques Jos; Alvin, J Benenson; O. R Fernández de Juan; T Palacios S; I Sénquiz, A. L entre otros.

En la práctica psicológica en Cuba no se han generalizado los beneficios de la música. Se utiliza básicamente como una vía alternativa que brinda apoyo a otros tratamientos y no como una terapia en sí misma. Algunas instituciones como el Centro de Salud Mental del MININT, CENSAM y el Hospital psiquiátrico nacional así como el Dr. Dionisio Zaldívar, entre otros, se esfuerzan en su desarrollo por la influencia que la música puede ejercer en el estrés y la ansiedad.

El término estrés fue introducido por el médico fisiólogo Hans Selye de Montreal y no tenía traducción al español. Originalmente se refirió a las reacciones inespecíficas del organismo ante estímulos tanto psíquicos como físicos, involucrando procesos normales de adaptación (eustrés), así como anormales (distrés). En el nivel de la emoción, sin embargo, las reacciones del estrés son muy distintas. La persona maneja la situación con la motivación y el estímulo del eustrés. Al contrario, el distrés acobarda e intimida a la persona y hace que huya de la situación. (Zaldívar, 1996: 8).

El estrés es la respuesta del organismo a una demanda real o imaginaria, o simplificando aún más es todo aquello que nos obliga a un cambio. Las situaciones estresantes llamadas estresores que pueden causar el cambio o adaptación son de un espectro enorme. Desde el enojo transitorio a sentirse amenazado de muerte. Desde la frustración o la angustia al temor que nunca cede. A veces la causa difiere enormemente. Un divorcio es normalmente muy estresante pero una boda también puede serlo. El fallecimiento de un familiar produce estrés pero también un nacimiento. (A. Ortega 2006:19).

La respuesta del organismo es diferente según se esté en una fase de tensión inicial en la que hay una activación general del organismo y en la que las alteraciones que se producen son fácilmente remisibles, si se suprime o mejora la causa, o en una fase de tensión crónica o estrés prolongado, en la que los síntomas se convierten en permanentes y desencadena la enfermedad. (Zaldívar, 1996: 9).

El estrés disminuye la respuesta inmunitaria y aumenta la predisposición a padecer infecciones. Las personas con VIH pueden ser más susceptibles a la activación de virus tras la exposición a un acontecimiento estresante. Una vez que la infección aparece, el estrés puede exacerbar los síntomas. Las personas con VIH que tienen altos niveles de estrés desarrollan el SIDA con más rapidez que las personas con VIH pero con menores niveles de estrés. (Zaldívar; 1996: 25)

La infección por el VIH – SIDA se considera uno de los mayores problemas de la humanidad en la actualidad por el número creciente de casos infectados. No

existe país alguno que esté libre de la propagación del Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en su territorio, es por eso que el interés sobre el tema se ha tornado global.

En la provincia de Holguín la Unidad Especial del VIH (UEVIH) surge en el 2003 como una necesidad para evitar la propagación del virus aislando del resto de la población penal a seropositivos.

El autor de la investigación trabaja en la institución penitenciaria por lo que pudo percatarse de la presencia de síntomas semejantes en varios reclusos. Era frecuente la solicitud de atención médica por palpitaciones, falta de aire, sudoración en las manos y pies, falta de apetito, insomnio, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, sentirse más fatigado de lo normal y por infecciones que les generaron furúnculos y herpes zoster.

Ante la atención por parte del especialista en psiquiatría, estos reclusos refirieron además, tener sueños terroríficos, acompañados de angustia, Flash backs o reviviscencias de los hechos traumáticos en vigilia, embotamiento afectivo y anhedonia, lo que aportó como diagnóstico presuntivo un Trastorno de estrés postraumático (fase aguda), presente en doce reclusos. Ante la propuesta del autor de la investigación para que participaran en este estudio tres de ellos aceptaron. La aplicación de un indulto presidencial propició que dos fueran liberados.

El tercer recluso de diecinueve años de edad enfrenta una pena por el delito de asesinato. Los instrumentos psicológicos aplicados corroboraron el diagnóstico de Trastorno de estrés postraumático. No ha recibido la atención psicológica que amerita su estado actual.

El acercamiento al tema de investigación por parte del autor le permitió identificar las siguientes limitaciones:

- 1 La permanencia en estado de reclusión y el ocio extremo favorecen situaciones de conflicto que actúan como desencadenantes del estrés.
- 2 Los sujetos portadores de VIH-SIDA en estado de reclusión en la provincia de Holguín no cuentan, en su mayoría, con los recursos psicológicos necesarios para adoptar estilos de afrontamiento adecuados a la situación.

- 3 En la Unidad Especial del VIH- SIDA de Holguín, los reclusos no reciben regularmente atención psicológica y no se realizan acciones profesionales encaminadas a la disminución del estrés. Aunque cuentan con las condiciones mínimas necesarias en el orden terapéutico y en el respeto a su integridad individual.

La situación problemática planteada, llevan al autor a buscar solución al siguiente **problema científico**: ¿Cómo disminuir el estrés en un paciente en estado de reclusión en la Unidad Especial del VIH- SIDA de Holguín?

El objeto de estudio es la psicoterapia contra el estrés y el **campo** en el trabajo encaminado a disminuir el estrés en un paciente en estado de reclusión en la Unidad Especial del VIH- SIDA de Holguín.

El objetivo general consiste en la implementación de una intervención psicológica con empleo de musicoterapia para disminuir el estrés en un paciente en estado de reclusión en la Unidad Especial del VIH- SIDA de Holguín.

En consecuencia, el proceso investigativo se sustenta en la respuesta a las siguientes **Preguntas Científicas**:

1. ¿Qué elementos teóricos y metodológicos sustentan la intervención psicológica para disminuir el estrés con el empleo de musicoterapia?
2. ¿Cómo se manifiesta el estrés en el caso objeto de estudio en la Unidad Especial del VIH- SIDA de Holguín?
3. ¿Cómo realizar una intervención psicológica con empleo de la musicoterapia para disminuir el estrés en un paciente con VIH – SIDA en la Unidad Especial del VIH- SIDA de Holguín?

Para dar respuesta a estas preguntas, se plantean las siguientes **Tareas de investigación**:

1. Sistematizar los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan la intervención psicológica para disminuir el estrés con el empleo de musicoterapia.
2. Diagnosticar el estado actual del estrés en el caso objeto de estudio en la Unidad Especial del VIH- SIDA de Holguín.

3. Realizar una intervención psicológica con empleo de la musicoterapia para disminuir el estrés en un paciente recluido en la Unidad Especial del VIH- SIDA de Holguín.

La **novedad** de la investigación radica en que hasta el momento en la prisión del VIH de Holguín no se brinda asistencia psicológica a los reclusos de esa prisión. Tampoco se ha realizado una intervención basada en la musicoterapia pasiva para disminuir el estrés en pacientes en estado de reclusión lo que constituye el **Aporte** de la investigación.

En el panorama actual de la psicoterapia se puede hablar de dos direcciones principales de desarrollo, una que enfatiza los enfoques particulares y la otra que apuesta por la integración.

La investigación se fundamenta desde un enfoque integracionista. Norcross (1986), ha señalado como factores que favorecen este movimiento la excesiva proliferación de nuevos enfoques en el campo de la psicoterapia, más de 400, el hecho comprobado de que ningún enfoque determinado pueda ser considerado como el más adecuado para todos los casos y todo tipo de problema, la ausencia de una eficacia diferencial entre los distintos enfoques psicoterapéuticos, el reconocimiento creciente de la existencia de factores comunes a los distintos enfoques, así como factores sociopolíticos y económicos que cada vez más presionan en el sentido de reducir los niveles de los costos, eficiencia y tiempo. ” (Álvarez; 2000: 20 González, 1994: 65 Zaldívar, 1996: 12)

Como paradigma metodológico se utiliza fundamentalmente el enfoque cualitativo evidenciándose en la utilización de métodos y técnicas que permiten profundizar en el objeto de estudio. Se realizará un estudio de caso único con unidad de análisis simple.

DESARROLLO

CAPITULO 1. Análisis de los criterios teóricos y metodológicos que sustentan la intervención psicológica para disminuir el estrés con el empleo de musicoterapia.

Para realizar la intervención psicoterapéutica para disminuir el estrés en un paciente con VIH en estado de reclusión, se hace indispensable abordar las principales concepciones teóricas metodológicas que sustentan la investigación.

1.1 – La musicoterapia.

Los primeros escritos que hacen referencia a la influencia de la música sobre el cuerpo humano son los papiros médicos egipcios que datan alrededor del año 1500 antes de nuestra era, refiriéndose al encantamiento que producía y a la que le atribuían efectos favorables para la fertilidad de la mujer. Mantenían además la creencia de que cada ser humano ya fuera vivo o muerto nacía con su propio sonido o canto secreto ante el cual respondían y que estaba muy a menudo relacionado con el timbre de la voz del hombre. Aquí se observa como se va desarrollando un proceso de gran interés para la musicoterapia como es la formación de la Identidad Sonora (Iso). (R. Benenzon, 2002: 271)

Ya en el mundo antiguo se va cambiando la concepción de la enfermedad y a medida que iba evolucionando el hombre se iba adquiriendo la idea de que era un estado patológico, aunque todavía quedaban fuertes concepciones de que sucedía por una influencia sobrenatural, ordenada por un dios como castigo a un pecado o al incumplimiento de las leyes, que conducía a descubrir primero la violación cometida por la persona y no la causa fisiológica que provocaba la enfermedad. (J. Alvin, 1967: 40)

Al comenzar la Edad Media los sacerdotes ya tenían claro la influencia que ejercía la música sobre el hombre ya fuera para bien o para mal. Aunque se pensaba que el poder curativo no solo estaba en las manos de Dios, sino también se les atribuía a los monarcas el derecho divino de poder remediar algunas enfermedades. (J. Alvin, 1967: 40)

Con la caída del Imperio Romano los trabajos médicos realizados por los griegos y romanos desaparecieron y la actitud asumida hacia la enfermedad fue muy

influida por las creencias cristianas, por lo que el dolor y la enfermedad para los cuales no había casi alivio debía ser calmada con un medio espiritual como lo era la música. El Renacimiento no pudo evitar en su nuevo concepto científico las viejas creencias que se tenían acerca de la salud y la enfermedad, con respecto a la posesión del mal y los enfermos eran sospechosos de obedecer y mantener comunicación con fuerzas malignas. No es hasta el siglo XVI que algunos médicos comenzaron a atribuir la falta de salud a causas diferentes y no a hechicerías y brujerías, que según ellos era algo contrario a la razón y a la naturaleza. (J. Alvín, 1967:42)

Las investigaciones continuaron, y el Dr. Héctor Chomet escribió en 1846 un tratado acerca de la “Influencia de la música sobre la salud y la vida”, y en el cual hizo énfasis en las condiciones que se debían cumplir para el logro de un tratamiento exitoso y donde muchos de sus postulados son válidos actualmente.

Entre 1900 y 1950, el creador de la rítmica y precursor de la Musicoterapia fue Emile Jacques Dalcroze (Viena 1865 - Ginebra 1950). Sostenía que el organismo humano era susceptible de ser educado eficazmente conforme al impulso de la música. (J. Alvín, 1967: 45)

En EEUU, antes de la I Guerra Mundial, ya se encuentran casos aislados de utilización de la música. Al inventar Edison el fonógrafo, se incrementa el interés de su uso en los hospitales, como diversión de día y como ayuda para dormir de noche, para mitigar la preocupación durante las operaciones y como coadyuvante en las anestésias. (J. Alvín, 1967: 49)

Los intentos de brindar ayuda a los veteranos de la II Guerra Mundial que se hallaban hospitalizados, estimularon el empleo de la música y de los músicos en los hospitales, la mayor parte de ella era ejecutada por voluntarios o amateurs. La respuesta positiva de los pacientes hizo que los médicos considerasen la posibilidad de contratar músicos profesionales para que participasen activamente en las sesiones de terapia. (J. Alvín, 1967: 52)

Hacia 1970, un miembro de esta asociación, Bárbara Wheeler, fundó la American Association for Music Therapy, (AAMT)

En 1976, con motivo del II Congreso Mundial de Psiquiatría de Buenos Aires se funda la Asociación Española de Musicoterapia en la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona.

La Asociación fue legalmente aprobada en 1977 con motivo del I Simposium Nacional de Musicoterapia de Madrid. Fue declarada de Utilidad Pública, por los Ministerios de Sanidad, Educación e Interior, el 4 de marzo de 1981.

En el 5º Congreso Mundial de Musicoterapia, Génova 1985, se redacta el documento de constitución de la Federación Mundial de Musicoterapia, siendo elegido como primer presidente el Dr. Benenzon.

La Federación Mundial de Musicoterapia la reconoce como “La utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta calificado, con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover, comunicación, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas” (R. Benenzon, 2000:19)

En Cuba la musicoterapia se utiliza actualmente como una terapia alternativa, se utiliza en el hospital Psiquiátrico de la Habana desde el año 1959, con la designación del Dr. Eduardo B. Ordaz Ducungé, como director y el comienzo de la etapa humanitaria en esa instalación hospitalaria. Aquí se llevó a la práctica por primera vez en Cuba la idea de que todos los pacientes debían tener un tiempo para trabajar, recrearse y participar en actividades deportivas y artísticas. (M. de L. Rodríguez, 2008)

Otro de los centros y organizaciones que la han utilizado en nuestro país son: Grupo en formación de Musicoterapia de Cuba, dirigido por la Dra. Teresa Fernández de Juan. La escuela especial La Castellana, en niños y adultos con retraso mental. La escuela de Autismo Dora Alonso. El Centro de Salud Mental de Regla por el Dr. Rigoberto Oliva, el cual realizó un trabajo con adultos de la tercera edad obteniendo magníficos resultados. (M. de L. Rodríguez. 2008)

La capacidad de la música para el tratamiento de diversos trastornos, estriba en gran medida en su capacidad para establecer puentes de comunicación. Aun en sus formas más simples la música es capaz de evocar sensaciones, estados de

ánimo, actitudes y conflictos, facilitando igualmente la expresión de los mismos que resultan, para muchos sujetos, difíciles de expresar por otras vías ya que evita las defensas que surgen en el lenguaje verbal y se convierte en un medio de expresión emocional y su valor terapéutico reside, fundamentalmente, en este aspecto.

En las respuestas psicológicas que proporciona la música al individuo se encuentra que la experiencia de ésta depende de la capacidad del oyente, pues ésta puede ser capaz de inducir a estados mórbidos y excitables o relajantes. La fantasía, las asociaciones o la autoexpresión encontradas en la música provienen de lo que ya existe en el hombre.

Otro de los efectos lo constituye el de identificación, el hombre se siente reconocido con la música a la cual le puede atribuir su propia interpretación, además de expresar en términos musicales características humanas, pudiendo inclusive develar algunos desordenes de personalidad. (J. Alvin, 1967:109).

La asociación constituye también otro efecto muy importante de la música en el ser humano. Constantemente el hombre la relaciona con estados de ánimo reales o con experiencias pasadas, logrando incluso sensaciones perceptuales tales como olores, contactos o colores. La música provoca asociaciones con experiencias de la vida real, por lo que su poder evocativo es imaginario o extrasensorial. Los sonidos fugaces e impalpables pueden expresar un mundo de irrealidad, de fantasía, de escape y de sueños, y el hombre tiene constantemente necesidad de tales experiencias que debe de ser satisfecha cuando es equilibrado y capaz de distinguir cuando es real o irreal.

Al no tener palabras, su poder evocativo e imaginativo no tiene límite, propiciando los ensueños, la fantasía, los vuelos mentales hacia un mundo invisible donde el ser humano es capaz de crear las mas disímiles fantasías, ya sean caprichosas, oníricas, místicas y alucinatorias, provocando estados de ánimo en los cuales el individuo escapa de sí mismo hacia un mundo imaginario, se pierde y se encuentra consigo mismo. (J. Alvin 1967: 110)

La música posee el poder de afectar el ánimo porque contiene elementos sugestivos, persuasivos y aun obligantes. Cualquiera que sea su propósito

siempre estará relacionado con experiencias propias del hombre, pues ha nacido de su mente, habla de sus emociones y expresa su gama perceptual. (J. Alvin 1967: 110)

Su uso se encuentra fundamentado en la capacidad que la música presenta para estimular asociaciones y la expresión de fantasías del sujeto asociadas a conflictos o traumas, pasados o presentes; propiciar la búsqueda de alternativas, provocar y modificar estados de ánimo, ejercer influencia sobre la memoria, el dolor y el estrés.

El carácter de la música y los efectos que produce depende de los diferentes elementos del sonido y de su interrelación. Estas propiedades han sido objeto de numerosos estudios. Entre estos elementos están la frecuencia o altura del sonido, la intensidad, el timbre o tono, los intervalos, la armonía, la melodía y el ritmo los que en conjunto ejercen determinadas influencias sobre los sujetos.

La altura, cuyo equivalente subjetivo es el tono, en términos musicales es producida por el número de vibraciones del sonido, actuando sobre el hombre en un nivel puramente físico y de una manera racional. Las vibraciones muy rápidas son un estímulo nervioso intenso provocando si es excesivo molestias e irritabilidad, mientras que las más lentas tienen un efecto relajador.

La intensidad, depende de la amplitud de las vibraciones y puede ir de lo apenas audible a lo ensordecedor. Cuando es débil logra producir una sensación de intimidad, reflejando quietud y serenidad; cuando es alto puede provocar molestias psicológicas y físicas

El timbre o tono, depende de los armónicos presentes en cualquier sonido y es una de los elementos más sugestivos de la música. El timbre es un elemento no rítmico y puramente sensual, que produce en el oyente una impresión agradable y no intelectual, No estimula mecanismos defensivos, provoca respuestas emocionales diversas de acuerdo con la naturaleza del instrumento y del que lo ejecuta.

Intervalos, esta basado sobre la distancia y la relación entre dos notas o dos sonidos musicales de una serie y esta estrechamente relacionado con la altura o frecuencia del sonido. Tiene como consecuencia la melodía y la armonía. Así

mismo la combinación de sonidos en una serie de intervalos puede ser agradable o desagradable al oído.

La armonía, cuando es disonante provoca estados de ansiedad, inquietud o agitación; por el contrario cuando es consonante se relaciona con estados de serenidad, equilibrio, estabilidad y reposo.

La melodía influye directamente sobre el ámbito de la afectividad, relacionándose con estados subjetivos de placer-displacer, alegría-tristeza.

El ritmo, constituye el elemento más dinámico y se combina con la altura y con el timbre para dar un significado final. Expresa una alternativa de tensión y de relajamiento mediante pausas y golpes fuertes o débiles. El ritmo puede provocar conductas histéricas o inducir sueños, crear conciencia de movimiento o tener un efecto hipnótico. Actuando así mismo como un estimulante del estado físico y anímico y relacionándose simbólicamente con la voluntad y el autodominio. (J. Alvin, 1967:95)

A causa de sus propiedades se puede afirmar que la música ejerce sobre el ser humano efectos fisiológicos y psicológicos. Siempre ha sido difícil disociar dichos efectos, por lo que ha habido diversas escuelas de pensamientos que trataron de explicar el mecanismo de respuesta a la música. Estos oscilaron entre dos teorías. La primera parte de que la música afectaba primordialmente las emociones y despertaba estados de ánimo que a su vez actuaban sobre el cuerpo. Mientras que otros planteaban que el proceso era inverso, es decir de lo fisiológico a lo psicológico. (J. Alvin, 1967:101)

En las respuestas psicológicas que proporciona la música al individuo se encuentra que la experiencia de ésta depende de la capacidad del oyente, pues la misma puede ser capaz de inducir a estados mórbidos y excitables o relajantes. La fantasía, las asociaciones o la auto expresión encontradas en la música provienen de lo que ya existe en el hombre.

Dentro de los efectos psicológicos más importante se encuentra el de propiciar comunicación ya que evita las defensas que surgen en el lenguaje verbal y se convierte en un medio de expresión emotiva y su valor terapéutico reside en este aspecto fundamentalmente.

La asociación constituye también otro efecto muy importante de la música en el ser humano. Constantemente el hombre la relaciona con estados de ánimo reales o con experiencias pasadas, logrando incluso sensaciones perceptuales tales como olores, contactos o colores. La música provoca asociaciones con experiencias de la vida real, por lo que su poder evocativo es imaginario o extrasensorial. Los sonidos fugaces e impalpables pueden expresar un mundo de irrealdad, de fantasía, de escape y de sueños, y el hombre tiene constantemente necesidad de tales experiencias que debe de ser satisfecha cuando es equilibrado y capaz de distinguir cuando es real o irreal. (J. Alvin, 1967:109)

Al no tener palabras, su poder evocativo e imaginativo no tiene límite, propiciando los ensueños, la fantasía, los vuelos mentales hacia un mundo invisible donde el ser humano es capaz de crear las más disímiles fantasías, ya sean caprichosas, oníricas, místicas y alucinatorias, provocando estados de ánimo en los cuales el individuo escapa de sí mismo hacia un mundo imaginario, se pierde y se encuentra consigo mismo. (J. Alvin, 1967:118)

Entre los efectos fisiológicos de la música se encuentra que el primero es físico, el sonido penetra por el aparato auditivo, cuyos nervios transmiten su efecto a través de los canales talámicos y corticales, ejerciendo además su influencia en la actividad del sistema nervioso autónomo. (R. Benenzon, 2000: 52)

Algunas de las respuestas que se producen son reflejos espontáneos e indomables, según el ritmo se incrementa o disminuye la energía muscular, acelera la respiración o altera su regularidad, produce efectos marcados y variables en la presión sanguínea, el pulso y la función endocrina, tiende a demorar la fatiga e incrementar el endurecimiento muscular, Puede provocar cambios en el trazado eléctrico del organismo, en el metabolismo y en la síntesis de variados procesos enzimáticos. (R. Benenzon, 2000: 54)

La organización del tratamiento musicoterapéutico se realiza mediante el empleo de la modalidad individual o grupal; de igual manera se puede utilizar el método receptivo en el cual la participación del paciente consiste en escuchar la música y establecer determinadas asociaciones de esta con sus experiencias, lo que le permitirá exteriorizar y expresar sus sentimientos; o el método activo en el cual el

paciente participa tocando un instrumento o cantando, aunque esto sea ejecutado sin virtuosismo pues lo que se busca es la expresión y la participación libre de los sujetos. (M de L. Rodríguez, 2008)

En las sesiones de musicoterapia individual la música será el elemento básico que facilitará la expresión y el cambio en las emociones a través de sonidos, meditación y relajación sonora.

1.2 – El estrés. Características esenciales.

Hoy en día, el estrés es tema de estudio en varios campos científicos como la medicina, la psicología, la sociología, la antropología, entre otros. El presente auge de las investigaciones científicas relacionadas con el tema ha podido destacar el papel que juega el estrés como potencial psicógeno que participa en la evolución de muchas enfermedades, tanto psíquicas como somáticas. (Rodríguez, Isabel 2007).

El conocimiento del estrés es de vital importancia para el psicólogo en su práctica profesional por su alta prevalencia en el contexto social actual. Hay que tomar en cuenta siempre que ningún individuo o grupo de personas está exento de sufrir en algún momento de su vida el impacto del estrés.

El término estrés era utilizado en el siglo XVII para representar “Adversidad” o “Aflicción”, utilizándose posteriormente en el siglo XVIII para referirse a la “Fuerza”, “Presión” o “Esfuerzo” que hacía la propia persona con su cuerpo o mente. Igualmente vemos que la palabra estrés (stress) viene de la ingeniería y se refiere a tensión o estiramiento excesivo, pero no es hasta la formulación de H. Selye del Síndrome General de Adaptación (SGA) cuando se generaliza en el ámbito humano. (Rodríguez, Isabel 2007).

Selye definió el estrés como: “la respuesta no específica que da el organismo a toda demanda que le es hecha” (Citado por Álvarez; 2000: 20 González, 1994: 65 Zaldívar, 1996: 12).

H.Selye detalló los ejes biológicos a través de los cuales se ejecutaba la transformación del organismo y como supuso que la secuencia de respuestas (fase de alarma, de resistencia, y claudicación) decidían si el organismo se

sobreponía o no a la adversidad. Estas tres fases fueron concebidas como parte del Síndrome General de Adaptación o Síndrome de estrés Biológico; ya que para él, el estrés estaba muy vinculado a la respuesta de adaptación del organismo.

La fase de Alarma Selye la consideraba como la respuesta inicial que tiene cuando hace frente a un estímulo o situación estresora, ocurriendo cambios bioquímicos en el organismo y aumentando la actividad del sistema nervioso simpático, la actividad cardiovascular y la respiratoria. El objetivo no es más que poner en un estado de activación al cuerpo que posibilite rápidamente una respuesta de ataque o huida en búsqueda del equilibrio.

La fase de resistencia aparece cuando las reacciones de la fase anterior no resultan exitosas en el restablecimiento del equilibrio y si estos esfuerzos siguen resultando insuficientes aparece la fase de agotamiento, en la cual el organismo agota su reserva y muchos de los síntomas de la primera etapa reaparecen, haciéndose el organismo más vulnerable a la enfermedad en estas condiciones. (Zaldívar; 1996:13)

Selye realizó una distinción entre el estrés bueno y el malo, denominando al estrés positivo “Eustrés”, lo que presupone que cierta cantidad de estrés es favorable, mientras que una dosis excesiva resulta perjudicial al organismo a la que denominó “distrés”. Hace énfasis en los factores biológicos del estrés y su vínculo con la respuesta adaptativa.

En la actualidad predomina el enfoque del estrés partiendo del análisis de la relación individuo y su entorno y valorando este como un proceso transaccional. La figura más relevante de este enfoque lo constituye R. Lazarus; el cual planteó que las causas del estrés no podían ser buscadas ni en el individuo ni en el ambiente como entes independientes, sino que estaba vinculada a la relación que se mantenía entre ambos.

De esta manera define el estrés como “Una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. (Lazarus y Folkman; 1986:43)

Exponen así mismo que este análisis del estrés debía realizarse a través de dos procesos que ellos consideraron esenciales para la comprensión del mismo, como son la evaluación cognitiva y el afrontamiento.

El estrés como un proceso transaccional está compuesto por una serie de elementos de vital importancia. El primero de ellos lo constituye la situación o estímulo, el cual es valorado por el individuo y aún cuando el estímulo representa de forma clara una amenaza de tal magnitud que prácticamente todo el mundo considere peligroso o perjudicial, habrá variaciones individuales en el grado en que tal acontecimiento sea evaluado como estresante, así como en sus efectos cuantitativos y cualitativos sobre la respuesta. Estas variaciones son debidas sin dudas a factores individuales y determinan la importancia personal de la situación. (Lazarus y Folkman; 1986: 105)

El segundo elemento es la evaluación cognitiva, para el cual señalaron tres tipos principales de evaluación: primaria, secundaria y la reevaluación. La evaluación primaria tiene como objetivo principal evaluar las posibles consecuencias que una situación o estímulo pueden tener para el individuo. Se plantea que son tres: irrelevante, benigna o positiva y estresante. En la primera no se afecta el bienestar del sujeto, en la segunda tiene consecuencias positivas para el bienestar y la última atenta el bienestar del sujeto al ser percibido como daño, pérdida, amenaza o desafío. (Lazarus y Folkman; 1986: 107)

La evaluación secundaria tiene como finalidad valorar los recursos propios de afrontamiento y las opciones posibles para enfrentar la situación. Y por último la reevaluación tiene que ver con los cambios que se introducen a la evaluación inicial, a partir de nuevas informaciones del entorno o por las consecuencias de las propias reacciones del sujeto. Señalan además la reevaluación defensiva que se caracteriza por los esfuerzos que el sujeto realiza para reinterpretar una situación que le resulta estresora. (A. Ortega 2006:8)

Un tercer elemento dentro de este proceso transaccional lo constituyen las estrategias de afrontamiento, las cuales fueron definidas por Lazarus y Folkman como: “Los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas internas y/o externas que

son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. (Lazarus y Folkman; 1986: 164)

Las personas que son víctimas de sucesos aversivos inusuales de manera brusca, tales como las consecuencias de la guerra, las agresiones sexuales, el maltrato doméstico, la comisión de delitos, como víctimas o victimarios, los accidentes o las catástrofes naturales pueden sufrir el trastorno de estrés postraumático.

Según el DSM-IV (APA, 1994), un diagnóstico de *trastorno de estrés postraumático* requiere la presencia de un grupo de síntomas durante un período superior a un mes. Recuerdos desagradables, recurrentes e intrusivos del suceso, que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones, sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso, conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo, malestar psicológico intenso cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, reactividad fisiológica cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, además se presentan el insomnio, trastornos gastrointestinales, sudoración profusa de pies y manos, irritabilidad, falta de apetito, dolores de cabeza, fatigas y una mayor vulnerabilidad a las infecciones.

El trastorno de estrés postraumático puede presentarse de una forma *aguda*, cuando la antigüedad de los síntomas es inferior a tres meses, o de una forma *crónica*, cuando la duración de los mismos es superior a este periodo. La distinción entre los dos subtipos (*agudo y crónico*) resulta oportuna porque, desde una perspectiva psicopatológica, se permite diferenciar la sintomatología del trastorno de estrés postraumático en diferentes fases. Y en segundo lugar, porque ambos subtipos pueden responder a tratamientos diferenciados.

Dentro de las estrategias de afrontamiento se definen dos tipos; el primero es el afrontamiento centrado en la emoción cuyos esfuerzos van dirigidos a regular los estados emocionales que están relacionados o son consecuencias de situaciones

estresantes, en ella encontramos la evitación, distanciamiento, rechazo y búsqueda de apoyo social. Mientras que el segundo es centrado en el problema y el cual lo constituyen los esfuerzos encaminados directamente sobre la fuente de origen de estrés para modificarlo o eliminarlo y buscar una solución satisfactoria para el sujeto. Se clasifican aquí estrategias tales como confrontación, planificación y búsqueda de información. (A. Ortega 2006:8)

Es importante señalar que no existen estrategias buenas ni malas, sino que su efectividad radica en dependencia del contexto y oportunidad en que se apliquen, además de que no se deben ver como elementos separados. A este enfoque transaccional se inscribe también Dionisio Zaldívar, quien define el estrés como “un estado vivencial displacentero sostenido en el tiempo, acompañado en mayor o menor medida de trastornos psicofisiológicos que surgen en el individuo como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente que impone al sujeto demandas o exigencias las cuales, objetiva o subjetivamente resultan amenazantes para él y sobre las cuales tiene o cree tener poco o ningún control”. (Zaldívar, 1996:30)

En este concepto se acentúa la connotación afectiva negativa que para el sujeto tiene el suceso que está experimentando, este significado que el sujeto le asigna al acontecimiento está en parte determinado culturalmente y responde a características de su historia personal y de sus experiencias vitales particulares. Por lo que Zaldívar tiene en cuenta aspectos de la subjetividad del sujeto, sus emociones, el papel de las relaciones interpersonales y sociales, así como los aspectos fisiológicos que se producen en el proceso de estrés. (A. Ortega; 2006)

El estrés es una reacción no específica, donde varios tipos de estímulos pueden generar diferentes efectos inmunológicos. Falta conocimiento acerca del efecto del estrés sobre el sistema inmunológico pero con el esfuerzo multidisciplinario de los hombres de ciencias se puede descubrir las interacciones entre este y el sistema nervioso central para entender la mayor o menor susceptibilidad individual a enfermar, lo que permitirá elaborar programas para la prevención de la enfermedad y su tratamiento facilitando un manejo integral para evitar o contrarrestar los efectos indeseables del estrés. (Cancio, E, 2006)

1.2.1 Musicoterapia y estrés.

La musicoterapia ha sido utilizada con el fin de rehabilitar, recuperar y entrenar al ser humano que presenta diversas patologías o no, de ahí se consideró su relación con el estrés.

En Cuba existen estudios sobre el empleo de la musicoterapia como una vía para eliminar o disminuir el estrés. Encontrando dentro de ellos el trabajo realizado por el Dr. Dionisio Zaldívar, en el cual relaciona el estrés, la hipertensión arterial y la musicoterapia en su modalidad pasiva.

El escuchar música con sonidos prolongados y lentos produce una respiración profunda y pausada, idónea para apaciguar las emociones, calmarse y mejorar el metabolismo. Por su parte la música suave y pausada induce un estado de relajación en el organismo provocando que la tensión arterial sea más estable y logrando la disminución del estrés. Igualmente se plantea la posibilidad de que la música actúe meramente como una distracción y contribuya de esta manera a aliviar varios síntomas que se presentan a diario como las intensas preocupaciones, la tensión, la fatiga y el cansancio.

Puede que la música no sea un lenguaje universal, pero ciertamente es un modificador universal de los estados de ánimo. Desde el momento en que la civilización desarrolló alguna forma de idioma musical la ha utilizado como un método para tranquilizar. Por lo que el uso de la música en intervenciones psicológicas que conlleven a estados de sedación, relajación, mejorar el humor, el bienestar, calidad de vida, puede ser un método necesario para la terapia de sujetos con estrés. (M de L. Rodríguez, 2008)

1.3- El Virus de Inmunodeficiencia Humana.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus humano del género de los lentivirus. Este virus infecta y se replica en células humanas, fundamentalmente los linfocitos T-CD4+, el sistema monocito/macrófago del sistema inmunológico y el Sistema Nervioso Central (SNC). (Cancio, E, 2006).

Al referirse al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se hace necesario definir los siguientes elementos:

- Síndrome: Conjunto de signos y síntomas que aparecen simultáneamente

- Inmune: hace referencia al sistema inmunológico
- Deficiencia: Falla o insuficiencia, en este caso, en la respuesta del sistema inmunológico
- Adquirida: no es genética o hereditaria, se adquiere generalmente después del nacimiento

Después de la infección aguda, con síntomas o no, una proporción de individuos tiende a recuperarse aunque pese a toda la actividad inmunológica desarrollada para combatir el virus, éste no puede ser eliminado completamente. Las partículas virales en el plasma disminuyen a niveles mínimos; y los linfocitos T-CD4+ alcanzan cifras que se acercan prácticamente a la normalidad, y así el sistema inmunitario conserva la capacidad de defenderse frente a diversos agentes patógenos. (Cancio, E, 2006)

Este estado varía de un individuo a otro y sirve como elemento definitorio o pronóstico que permite conocer la evolución posterior de la enfermedad. Puede decirse entonces, que el individuo ha pasado a la fase de portador asintomático, que llega a durar entre 10 y 11 años. (Cancio, E, 2006)

El SIDA es la fase final de la infección por VIH, conocida además como fase de enfermedad. Cuando el conteo de células CD4 se encuentra por debajo de 200, y/o padece una o más enfermedades oportunistas, decimos que se encuentra en esta fase. En un individuo sano el conteo de CD4 es de 800 a 1200 células por milímetro cúbico de sangre. (Cancio, E, 2006)

1.3.1 - El estrés como consecuencia del internamiento penitenciario.

La prisión es un lugar donde se disimula y se miente, se disimulan los estados de ánimo y los sentimientos, se miente para conseguir beneficios de la institución como pueden ser los permisos, comunicaciones, redenciones, para ser exento de culpas, para sobrevivir a situaciones amenazantes reales o fantaseadas entre otras. En un contexto de estas características predominan las situaciones estresantes que requieren respuestas adecuadas de afrontamiento, respuestas que no poseen la mayoría de los reclusos.

La cárcel es una institución que posee características específicas que la hace diferente a cualquier otro tipo de centro donde conviven un gran número de individuos, con la agravante de que su población está compuesta por personas que, en su mayoría, pertenecen a los sectores marginados de la sociedad, con bajos niveles socioeconómicos, bajo nivel cultural y que, además, suelen tener largas carreras delictivas y de consumo de drogas en algunos casos.

Todo esto, a lo que se añaden factores que nada tienen que ver con los reclusos, favorece la aparición de situaciones de estrés, disminuye la capacidad de afrontamiento y no favorece la adquisición de estrategias adecuadas para enfrentarse a demandas psicosociales, lo cual aumenta las respuestas de estrés dentro de la prisión.

Existe un periodo de adaptación después del cual el detenido se adapta a una vida diferente, es lo que se considera como parte de la anormalización y alienación del preso, éste se debe adaptar, normalizar al ambiente en el que vive, en este caso una cárcel y con ello se anormaliza a la vida de la calle.

Esto explica que cuando un recluso sale de la institución se encuentra con problemas de convivencia, le faltan habilidades sociales, ha aprendido en la cárcel formas de manejar la realidad que no son adecuadas cuando se encuentra en libertad. Llega a ser un gran esfuerzo para el recién salido de prisión realizar actividades consideradas sencillas: cruzar una calle, coger el ómnibus, dirigirse a instituciones sociales o tramitar documentos.

La alienación supone una situación que incapacita para captar la gravedad de la situación. Se compone de cuatro elementos que vienen dados por la misma identidad social: 1) un fuerte sentimiento fatalista, de impotencia, de pasividad, como si nada ni nadie pudiera resolver su situación existencial. 2) una imposibilidad real de predecir el propio futuro, ligada a una concepción singular del tiempo, así es capaz de aceptar el riesgo, con un constante sentimiento de fuga: se huye del entorno que oprime, se huye de la propia realidad y de sí mismo. 3) aislamiento total, sólo es válida la propia jerarquía de valores, y esto genera una conducta de oposición a todo lo que afecte a sus propios intereses,

necesidades y aspiraciones. 4) Inmediatez sistemática, se es capaz de hacer cosas sin significación para nadie, ni casi para sí mismo. (Valverde, J., 2004).

Respecto al primer elemento de la alienación, se encuentra una relación con el modo de interpretar la vida que tienen estas personas, elemento que influye negativamente en las respuestas adecuadas al estrés. Ya antes de entrar en prisión, influidos por la pertenencia a una clase social baja y por problemas de drogodependencia en algunos casos, esta población tiene la creencia de que las consecuencias de sus acciones son atribuidas a factores que no pueden controlar como el azar, la mala suerte, situación ambiental en la que nacieron o a personas con poder sobre ellos como pueden ser los fiscales, policías y jueces de ejecución entre otros. (Valverde, J., 2004).

Los demás elementos se relacionan con el primero. El recluso ha vivido aislado antes de ser encarcelado y, una vez en prisión, se encierra más en sí mismo, la desconfianza aumenta, provocando, por ejemplo, incapacidad para hacer nada por nadie ni admitir ayuda. Es por ello, que antes de realizar cualquier intervención en este ámbito, hay que romper esa barrera que se ha creado entre ellos y el resto de los hombres, o al menos respecto a los que van a intervenir con ellos. (Valverde, J., 2004).

Otro elemento que va a provocar estrés es la ruptura afectiva del recluso y la consecuente falta de apoyo social, el que supone un elemento básico en el adecuado afrontamiento al estrés.

Por último, existen características de las prisiones que producen estrés por sí mismas, entre las que cabe destacar el hacinamiento, y la falta de intimidad, situaciones que se viven en todas las instituciones penitenciarias conocidas por el autor.

La población reclusa no está alejada de la sociedad, ni del peligro de adquirir el VIH. En ocasiones la infección ocurre a través de las relaciones maritales, en otras por contactos homosexuales y en los peores casos por auto inoculación del virus empleando la sangre de reclusos que saben que están infectados pero que aún no se han detectados como seropositivos.

En la actualidad se reconoce la importancia de los factores emocionales en el proceso salud enfermedad. Cuando se trata del VIH-SIDA, resulta muy importante comprender lo que está sucediendo en la mente del paciente. La Musicoterapia logra restaurar y recomponer bloqueos que se dan en distintas circunstancias y sobre todo en situaciones de vulnerabilidad como las que genera un estado prolongado de estrés. Darse cuenta y tomar conciencia que debemos ser protagonistas activos para salir de esas situaciones es fundamental para el mejoramiento de la salud en general. Se obtienen beneficios, como la herramienta fundamental es la música, elemento sensible para todos los seres humanos, el paciente sale fortalecido para un mejor manejo y expresión de las emociones, encausándolas, para afrontar el devenir de la vida cotidiana.

CAPÍTULO 2. Intervención psicoterapéutica con el empleo de musicoterapia en un paciente con VIH SIDA en estado de reclusión.

2.1 Diseño metodológico de la investigación.

La Investigación se sustenta en el paradigma cualitativo. Se triangulan métodos, técnicas e instrumentos para dar respuesta al problema de investigación Y al objetivo planteado.

Los métodos están determinados por el objetivo general, se utilizarán por su importancia los siguientes:

Métodos técnicas e instrumentos aplicados.

Nivel teórico

- Análisis-síntesis: se realizó un análisis científico que fundamenta teóricamente la investigación, a través de la síntesis se determinaron las principales regularidades.
- Histórico - Lógico: para la determinación de las características generales del estrés y la musicoterapia para la comprensión del objeto de estudio.
- Sistémico estructural funcional: Dirigido a investigar de manera sistémica los componentes de la intervención psicoterapéutica y sus relaciones, así como lo funcional de la misma.
- Investigación -acción participativa: debido a que al mismo tiempo que se pone en práctica la intervención diseñada se está incidiendo y modificando la realidad del sujeto, en este caso, se actúa sobre las manifestaciones de estrés y ansiedad del paciente.

Nivel empírico.

Observación participante (Anexo No 1)

Este método estará presente en todo el proceso evaluativo y terapéutico con el fin de obtener mayor información del paciente, permite conocer al sujeto en la actividad, pone de relieve sus características y mediante ella se puede precisar, confirmar o poner en dudas los resultados obtenidos por otros métodos.

Entrevista semiestructurada. (Anexo No 2)

Una de las técnicas más usadas en las ciencias sociales, con el objetivo de extraer la mayor cantidad de información necesaria para desarrollar la intervención. Se parte de una guía con una serie de preguntas preestablecidas, pero que en este caso constituyen una “guía flexible” que el entrevistador puede manejar de acuerdo a la información valiosa, útil o novedosa que vaya apareciendo, dándole a la persona entrevistada la opción de ser un participante mas, un “sujeto activo” en el proceso de búsqueda de la información relevante de su propia vida... Esta técnica se utilizó en varios momentos del estudio.

Revisión de documentos:

Serán analizados los documentos que contienen la historia de vida del sujeto (expediente carcelario), la historia clínica de salud y las técnicas aplicadas para la evaluación del paciente.

La ficha musicoterapéutica. (Anexo No 3)

Se aplica como recurso principal para evaluar la historia sonoro-musical del paciente así como sus gustos musicales y los instrumentos preferidos por este en las diferentes etapas de su vida. Se emplea en el Hospital Psiquiátrico Nacional y en el Centro de Salud Mental del Ministerio del Interior.

Inventario de Ansiedad Rasgo –Estado. (Anexos No 4 y 5)

Construido por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1966) con el propósito de disponer de una escala relativamente breve y confiable para medir dos dimensiones básicas de la ansiedad: como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) y como estado.

Cuestionario de vulnerabilidad al estrés. (Anexo No 6)

Este instrumento fue elaborado por H. Miller y Alma D. Smith, aplicado con el objetivo de valorar si la persona es vulnerable o no al estrés.

La calificación del cuestionario se efectúa teniendo en cuenta aspectos cualitativos y se tendrá en cuenta la puntuación obtenida por el sujeto. A mayor puntuación mayor vulnerabilidad al estrés.

Cuestionario de salud general de Goldberg. (Anexo No 7)

Elaborado por el Dr. David P. Goldberg para evaluar el estado de salud general. Este cuestionario se utiliza para evaluar la salud auto percibida actual en individuos, es decir, la evaluación que hacen los sujetos de su estado de bienestar personal actual.

Escala revisada de sucesos impactantes (IES). (Anexo 8)

Es una escala de 15 ítems diseñada para evaluar el impacto psicológico de los acontecimientos negativos y que puede utilizarse para cuantificar la intensidad del trastorno de estrés postraumático.

Conceptualización de categorías trabajadas:

- Intervención Psicoterapéutica: Está basada fundamentalmente en una intervención musicoterapéutica. Esta intervención se lleva a cabo para el desarrollo de habilidades sociales y la obtención de herramientas y/o recursos para disminuir el estrés
- Estado de reclusión: Situación en la que está una persona que cumple una pena privativa de libertad en un establecimiento penitenciario como consecuencia de la comisión de un delito
- Cromoterapia: Caracterizada por utilizar los colores para tratar problemas mentales, emocionales y físicos. Se utilizan los colores por sus propiedades sedativas y relajantes, además de utilizarlos para proyectar los estados de ánimo del paciente
- Estrés: “un estado vivencial displacentero sostenido en el tiempo, acompañado en mayor o menor medida de trastornos psicofisiológicos que surgen en el individuo como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente que impone al sujeto demandas o exigencias las cuales, objetiva o subjetivamente resultan amenazantes para él y sobre las cuales tiene o cree tener poco o ningún control”. (Zaldívar, 1996:30)
- Relajación: Consiste en un entrenamiento progresivo de la mente en la regulación muscular consciente y profunda. Con la práctica se incorpora al sujeto el hábito de permanecer relajado ante situaciones de conflicto

2.1.1 Procedimiento de la investigación

La investigación se realizó en dos etapas:

Etapa 1: Evaluación del paciente y elaboración de la intervención.

Etapa 2: Implementación de la intervención.

La primera etapa de la investigación tiene un carácter exploratorio con el fin de profundizar en el conocimiento de los temas musicoterapia y estrés así como la aplicación de las técnicas psicológicas al paciente, con vistas a la obtención de la información necesaria para la elaboración de la intervención.

La segunda etapa se abordó a partir del método de investigación – acción participativa, debido a que al mismo tiempo que se pone en práctica la intervención diseñada se está incidiendo y modificando la realidad, en este caso, se actúa sobre las manifestaciones de estrés y ansiedad del paciente. La intervención se caracteriza por ser dinámica y activa, buscando siempre la transformación del sujeto hacia un lado más positivo.

El final de la investigación consistió en la nueva aplicación de las técnicas empleadas al inicio del estudio y la comparación de ambos resultados.

Se tuvieron en cuenta las particularidades del paciente con relación a la música a través de la ficha musicoterapéutica como recurso principal para evaluar la historia sonoro-musical del paciente, sus gustos musicales y las preferencias por los instrumentos.

Teniendo una noción clara de la historia sonoro-musical del paciente, además de conocer previamente el efecto que ejercen sobre el ser humano los diferentes ritmos musicales, se procedió a la selección de la música que se utilizaría en la intervención. Se tuvieron en cuenta características como: el ritmo, la armonía, la altura, la melodía y la velocidad, los cuales al ser empleados correctamente permiten obtener mejores resultados y lograr mayor relajación.

Algunos de los ritmos musicales seleccionados para ser utilizados en el programa fueron el barroco, por sus propiedades de brindar estabilidad, seguridad y ser estimulante. Se utilizó también la música romántica para facilitar la expresión de los sentimientos y favorecer la comprensión; la música sacra que se dirige a incentivar lo épico, a propiciar la relajación y reducción del estrés. Por último la música ambiental o New Age que induce a la relajación y a una mayor exploración interior.

En la selección de los temas se hizo hincapié en que estos no fueran extensos para evitar la monotonía y que no tuvieran instrumentos que pudieran causar rechazo en el paciente.

El programa se construye basándose fundamentalmente en la musicoterapia pasiva como recurso terapéutico. Su principal valor terapéutico reside en la influencia sobre las distintas emociones y la variación que genera en los estados de ánimo.

Para el trabajo con la música se escogieron técnicas como la audición musical con sus modalidades de expresión oral y escrita. En ella se le propone al paciente escuchar música, dirigida o previamente escogida por el autor como aquellas de gusto personal del paciente, para estimular la imaginación, la creatividad y provocar recuerdos, imágenes, fantasías y después las refleje escribiéndolas en un papel o las refiera verbalmente al terapeuta.

Dentro de la intervención se utilizan otras técnicas como ejercicios de relajación que fueron acompañados siempre de un fondo musical que aumentara el alivio de tensiones, propiciara la aparición de sentimientos y sensaciones agradables; la cromoterapia caracterizada por utilizar los colores para tratar problemas mentales, emocionales y físicos. Se utilizan los colores por sus propiedades sedativas y relajantes y para proyectar los estados de ánimo del paciente.

Se diseñaron nueve sesiones con una duración de 45 minutos y dos frecuencias a la semana. La intervención se realizó en cuatro semanas y media en el período de septiembre - octubre de 2011.

El objetivo general del estudio consistió en la implementación de una intervención psicológica con empleo de musicoterapia para disminuir el estrés en un paciente en estado de reclusión en la Unidad Especial del V-I-H- SIDA de Holguín. Cada sesión dispone de objetivos específicos a lograr.

Al comienzo de la terapia es de vital importancia que el paciente conozca que es el máximo responsable de su tratamiento, del papel activo que va a jugar en el mismo y que está formando parte de una intervención que de manera gradual se centra en la búsqueda de sensaciones placenteras y agradables que produzcan un alivio de las tensiones que presenta.

2.1.2 Descripción del caso.

D.B.M. 19 años de edad, natural de Sagua de Tánamo en la provincia de Holguín. Es miembro de una familia nuclear biparental y técnico medio en computación.

Ingresa a prisión por el delito de asesinato con una sanción de 14 años de privación de libertad el 6-9-2010 y detectado seropositivo el 9-9-2011 con vía de infección por auto inoculación. Actualmente espera una nueva sanción por el delito de asesinato en grado de tentativa cometido en reclusión.

Acude reiteradamente al puesto médico de la penitenciaría manifestando sentir palpitations, falta de aire, sudoración en las manos y pies, falta de apetito, falta de sueño, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales y sentirse más fatigado de lo normal además de ser atendido en tres ocasiones por ser afectado por herpes zoster. En la consulta con el psiquiatra refirió tener recuerdos desagradables y recurrentes del delito cometido, pensamientos o percepciones y sueños terroríficos sobre ese tema además de conductas o sentimientos que le dan la idea de que el suceso estuviera ocurriendo nuevamente y malestar psicológico intenso cuando algún evento cotidiano le recuerda el suceso traumático. Esta sintomatología ha estado presente en el sujeto de estudio durante un periodo de dos meses.

Es poseedor de un temperamento sanguíneo con frecuentes episodios de cólera que le han generado múltiples problemas con quienes lo rodean en la prisión y en su medio familiar.

Logra establecer un vínculo adecuado entre sus características personales y su comportamiento cotidiano. Se aprecia tendencia a reorganizar sus motivaciones orientadas al futuro inmediato. Elabora su ideal de pareja de manera generalizada planteando que espera encontrar con quien compartir su vida cuando esté en libertad.

Los resultados de las técnicas aplicadas llevan al autor a concluir como Impresión Diagnóstica: Trastorno de Estrés postraumático (fase aguda).

2.2 Implementación de la intervención.

Objetivo general de la intervención: implementación de una intervención psicológica con empleo de musicoterapia para disminuir el estrés en un paciente con V-I-H- SIDA en estado de reclusión de la Unidad Especial de de Holguín.

Sesión 1

Objetivos:

- Valorar las expectativas, del paciente con respecto a la terapia
- Diagnosticar a través de la aplicación de los instrumentos, la vulnerabilidad al estrés, los niveles de ansiedad y de bienestar en el paciente
- Identificar a través de la ficha musicoterapéutica la historia sonoro-musical del paciente

Técnica de caldeamiento:

Se realizará un ejercicio de relajación muscular pasivo que logre, además, tonificar el ritmo respiratorio. El paciente estará acostado con los ojos cerrados y deberá lograr que sus músculos estén relajados.

El terapeuta propiciará un intercambio de opiniones donde el paciente exponga sus expectativas, necesidades e intereses con respecto al programa que se llevará a cabo.

Desarrollo de la primera sesión.

Se inició la sesión con un ejercicio de relajación muscular pasivo que logró, a la vez, tonificar el ritmo respiratorio, Procediéndose después a la aplicación de las técnicas Vulnerabilidad al estrés, Ficha musicoterapéutica, Idare, Golberg y la entrevista semi estructurada con el fin de medir los niveles de estrés, ansiedad y obtener información que fuera útil en el transcurso de la aplicación del programa contra el estrés.

Se le explicó al paciente que el tratamiento se desarrollaría en 9 encuentros, con una frecuencia de 2 sesiones semanales y con 45 minutos de duración. Se le pide al paciente que exprese sus inquietudes y expectativas con el estudio del que forma parte.

Dentro de las perspectivas que tiene acerca de la intervención se evidencian las intenciones de que estas sesiones lo puedan ayudar a enfrentar mejor su tiempo en reclusión y que le sirvan como un instrumento de relajación para aliviar las

tensiones que lo agobian en estos momentos. Manifestó que no ha recibido nunca tratamiento psicológico por lo que desconoce todo sobre estas técnicas que se le aplicaron.

Refirió que intentará obtener un mayor autocontrol y poder tener un afrontamiento diferente a los problemas que surjan pues hasta ahora todo ha sido a través de la violencia en sus manifestaciones extremas. Le recuerda al autor que él mató a un ser humano y casi mata a otro estando preso.

Para el cierre de la sesión se escuchan dos temas musicales de la preferencia del paciente.

Temas musicales escuchados:

- Blade runner – Vangelis
- I hear you now – Vangelis

Estos temas poseen una armonía consonante la que provoca estados de serenidad, equilibrio, estabilidad y reposo.

Sesión 2

Objetivos:

- Propiciar en el sujeto un estado emocional placentero que disminuya la ansiedad y el estrés mediante la audición de temas musicales
- Favorecer la relajación muscular y psicológica a partir de la realización de ejercicios pasivos

Para cumplir con los objetivos propuestos se ejecutarán las siguientes actividades:

Técnica de Caldeamiento:

Se le pedirá al paciente que en una hoja de papel escriba las emociones y sentimientos que le generen los temas musicales que escuchará. Posterior a esto explicará por qué.

Técnicas de Desarrollo:

- Esta primera sesión comenzará con un ejercicio auditivo, en el cual se le pide al paciente tomar una hoja y en completo silencio escribir todo lo que desee. Al terminar se compartirán las experiencias con el terapeuta

A continuación se realizará un ejercicio vivencial para familiarizar al paciente con las actividades que se realizarán en las sesiones posteriores. Se escucharán

diferentes fragmentos de piezas musicales y se le pedirá que coloque en la hoja lo que le venga a la mente, al terminar cada fragmento el terapeuta indicará pasar una raya y continuar abajo con el próximo fragmento, así sucesivamente hasta terminar. Se le pondrán cinco temas. Al finalizar se compartirán las impresiones con el terapeuta.

Se procederá a realizar un comentario que facilite información al paciente sobre el estrés y sus efectos sobre las personas, teniendo como material de referencia el artículo titulado “Estrés, superación y calidad de vida en personas sanas y enfermas” Este material fue escrito por J.C. Brengelman en 1980 en la Universidad de Málaga, España.

Para la próxima sesión se le indica al paciente elaborar una lista de piezas musicales que sean de su agrado y que considere que lo ayudan a conseguir relajación, paz y armonía interior para ser escuchadas en la siguiente sesión.

Música a utilizar en la sesión:

- Guitarra sobre agua -Albinoti
- Alpha - Vangelis
- Conquest of Paradise - Vangelis
- Chariots of fire - Vangelis
- Adagio in G Minor - Albinoti

Estos temas poseen sonidos prolongados y lentos lo que facilita una respiración profunda idónea para apaciguar emociones, calmarse y mejorar el metabolismo.

Desarrollo de la segunda sesión.

La sesión comenzó con la actividad de relajación a través de ejercicios respiratorios y luego se procedió a la audición musical en su modalidad de expresión escrita donde se le facilitó al paciente una serie de fragmentos musicales y después de escucharlas procedió a escribir las emociones y sentimientos que le provocaron.

Se inició con una música suave, pausada, de tiempo lento con predominio del violín y la guitarra, utilizándose al finalizar, composiciones melódicas más rítmicas y alegres para conseguir levantar su estado de ánimo.

En los primeros fragmentos musicales florecieron sentimientos negativos como la tristeza, melancolía, soledad y nostalgia asociada a eventos nefastos como la muerte y la pérdida de seres queridos. A medida que fue variando la música se sustituyeron los sentimientos negativos por otros positivos como la paz, armonía, amor, alegría y pasión.

Se cierra la sesión con el comentario de un artículo titulado “Estrés, superación y calidad de vida en personas sanas y enfermas” en el que se dan sugerencias y formas de contrarrestar el estrés. Esta actividad tuvo mucha aceptación por parte del paciente llegando a manifestar que se alegra de conocer tanto sobre el estrés y que nunca pensó que fuera tan común su padecimiento ni tan dañinos sus efectos sobre las personas sometidas a su acción.

Para la próxima sesión se le indicó al paciente elaborar una lista de piezas musicales de su agrado y que considere que lo pueden ayudara a conseguir relajación, paz y armonía interior.

Sesión 3

Objetivos:

- Propiciar en el sujeto un estado emocional placentero que disminuya la ansiedad y el estrés mediante la audición de temas musicales
- Trabajar en la identificación de fenómenos emocionales y sus causas en el paciente

Técnica de Caldeamiento:

Se comenzará con ejercicios respiratorios que prepararán al paciente para comenzar la actividad, se escuchará música con sonidos prolongados, lentos y suaves que generan respiración profunda y pausada, siendo la idónea para serenar emociones, disminuir la ansiedad, calmarse y mejorar el metabolismo, estabiliza la tensión arterial y disminuye el estrés.

Técnicas de Desarrollo:

Se iniciará la sesión con la reproducción de las piezas musicales solicitadas por el paciente y a continuación este expresará las sensaciones o emociones que le manifiestan, procediendo después a explicar por qué se identifica con la misma.

Técnica de Cierre

Se le colocará una melodía suave, con una armonía consonante generadora de estados de reposo, serenidad, equilibrio y estabilidad con el objetivo de lograr relajación.

Música a utilizar en la sesión:

- Los temas solicitados por el paciente
- Desarrollo de la tercera sesión

La sesión comienza con la reproducción de los temas musicales que pidió el paciente en la sesión anterior. El estado emocional logrado con esta actividad facilitó la obtención de mucha información acerca de las situaciones y conflictos que eran generadores de ansiedad y estrés para el paciente. En esa información afloraron los problemas personales, sentimientos reprimidos, preocupaciones y situaciones que presentaba y que no sabía cómo resolver, estas últimas relacionadas con su permanencia en la prisión.

Se produjo una intervención emotiva y lloró al exponer los conflictos que llevaba por dentro. Sobresalieron situaciones entre las que estaban dificultades en la relación de pareja, incapacidad para resolver los problemas que se le presentan en la prisión y la ausencia de los seres queridos.

Por la importancia que tuvo para el recluso este espacio, la extensión que tomó dicha actividad y dado que la dinámica que se estableció exigía que no se interrumpiera, se decidió concederle prioridad, haciéndole un ajuste al programa original en lo que al tiempo de duración de la sesión se refiere.

La actividad de cierre de la sesión fue la audición de una melodía suave con el objetivo de lograr relajación y se acompañó de ejercicios respiratorios.

Al terminar esta parte de la intervención el paciente manifiesta: “tengo interés en continuar recibiendo el programa ya que anímicamente me encuentro mejor que cuando inicié el tratamiento”.

A través de la observación del paciente el autor de este estudio se ha percatado del cambio en los estados de ánimo del mismo, ahora ríe con más frecuencia y sus intervenciones son más fluidas no solo con él sino también con los otros reclusos con los que interactúa cotidianamente.

Música utilizada en la sesión:

- East side - Kenny G.
- Every I close my eyes.... - Kenny G.
- Guttin on the star - Kenny G.
- Northern lights - Kenny G.
- Concierto de Aranjuez – Jean Claude Borrelly.
- Balada para Adelina – Richard Clayderman.

Estos temas son de intensidad débil por lo que generan sensación de intimidad, quietud y serenidad.

Sesión 4

Objetivos:

- Propiciar en el sujeto un estado emocional placentero que disminuya la ansiedad y el estrés mediante la audición de temas musicales
- Utilizar la música para la proyección de imágenes que promuevan recuerdos o fantasías agradables

Técnica de Caldeamiento:

Se preparará al paciente para la sesión la que comenzará con un ejercicio de relajación pasiva acompañado de música. Se escucharán temas New Age con sonido de agua corriente de un riachuelo entre rocas. El paciente estará acostado con los brazos extendidos a los lados del cuerpo y los ojos cerrados. El terapeuta le pedirá que imagine que está en un lugar campestre, si es real será mucho más fácil de recrear esa fantasía.

Técnicas de Desarrollo:

En primer ejercicio a realizar se le pondrá al paciente piezas musicales de dibujos animados y se le pedirá escuchar atentamente, en una hoja deberá escribir todas aquellas imágenes, emociones y sentimientos que le transmiten o qué mensajes se lleva de las canciones.

Posterior a este ejercicio se le volverá a poner la misma música pero el terapeuta le orientará que en el caso de que le hayan inspirado emociones negativas trate de sustituirlas por positivas. Al terminar se comparte con el terapeuta lo escrito por él.

Técnica de Cierre:

Para concluir se realizará otro ejercicio de relajación pasiva acompañado de música. A continuación se despide la sesión con algunas reflexiones con tema libre y escogido por el paciente.

Música a utilizar en la sesión:

- Aquella estrella de allá - Peter Pan
- Busca lo más vital no más - El libro de la selva
- Ciclo de la Vida - El rey león
- Un mundo ideal - Aladino
- Sueña - El Jorobado de Notredame
- Temas New Age

Desarrollo de la cuarta sesión.

Se comenzó la sesión con una relajación pasiva donde el paciente logró sentirse más cómodo que en la sesión anterior. En esta solo se dedicó a la audición propiamente dicha de los temas musicales pero basándose en la interpretación del mensaje que encierran las canciones de los dibujos animados.

Esta actividad tuvo una aceptación por parte del paciente el que se quedó sorprendido al encontrarle otro sentido a esas canciones que había escuchado infinidad de veces en los animados infantiles. En el debate que se realizó sobre lo escuchado planteó:

“Esas canciones me transmiten sentimientos de optimismo, y me dan confianza en mí mismo”.

Al terminar la audición de las piezas el paciente estaba muy contento, aspecto que se le reflejaba en el rostro y en el comportamiento muy diferente al que tenía cuando comenzó la sesión.

Comentó que:

“Es muy interesante lo que está pasando y me siento más animado y menos tenso, he podido sacar nuevas reflexiones de la vida, lo que en otras oportunidades no he podido hacer”.

Se termina la sesión esta vez con reflexiones sobre cómo puede ser su vida en la prisión si se propone cambiar su conducta y cómo ser mejor con él mismo y con los demás.

Desarrollo de la sesión 5

Objetivos:

- Propiciar en el sujeto un estado emocional placentero que disminuya la ansiedad y el estrés mediante la audición de temas musicales
- Motivar la presencia de sentimientos y emociones positivas a través de la música y expresadas mediante los colores

Técnica de caldeamiento:

Se comienza la sesión con la relajación pasiva acompañada de música con una intensidad débil para provocar sentimientos de intimidad, quietud y serenidad. El paciente permanecerá sentado, con los ojos cerrados y los brazos colocados sobre los muslos. Tonificará la respiración y facilitará la flacidez muscular.

Técnicas de desarrollo:

Se le podrán al paciente temas musicales escogidos por el autor con una altura agradable para ser escuchados, lo que generará vibraciones lentas las que facilitan la relajación. Se le pedirá que asocie un color con cada tema y posteriormente explique por qué escogió el mismo.

Al concluir el ejercicio se comparte con el terapeuta lo ocurrido en la actividad.

Técnica de Cierre:

Se concluirá con un intercambio entre el terapeuta y el paciente sobre un artículo científico titulado “Estrés, afrontamiento y adaptación”, el cual da información sobre el estrés y las diferentes formas de adaptación al mismo y que fue escrito por Alfredo Fierro de la Universidad de Málaga en España.

Música a utilizar en la sesión:

- Interludio – Jean Claude Morrelly.
- Moxica and the horse – Vangelis.
- West across the ocean – Vangelis.

Desarrollo de la quinta sesión.

Se comienza la actividad con una técnica de relajación pasiva para eliminar las tensiones del paciente. El ejercicio será igual al de la sesión anterior.

La primera tarea consistió en asociar un color a cada tema musical que iba a escuchar. La primera pieza fue un tema con una melodía triste y suave, los colores que utilizó fueron: amarillo, naranja, verde, carmelita y en menor medida el negro. Refirió que a pesar de ser una canción triste no le transmitió sentimientos negativos sino que le produjo sensaciones de paz y armonía, aunque no dejó de reconocer que en algunos momentos intentaron manifestarse sentimientos negativos.

Por su parte la segunda y tercera piezas consistieron en dos instrumentales los asociados con colores más brillantes y alegres como el rojo y el azul respondiendo estos a sus estados emocionales, los que en ese momento refirió que eran de tranquilidad y seguridad.

El paciente planteó que: “sentí emociones fuertes e intensas con esas melodías, por lo que ahora estoy alegre y calmado”.

Se concluye con un intercambio entre el terapeuta y el paciente sobre un artículo científico titulado “Estrés, afrontamiento y adaptación.” el cual da información sobre el estrés y las diferentes formas de adaptación al mismo.

El paciente alegó sentirse muy contento con lo que estaba haciendo y manifestó: “En el transcurso de estas cinco sesiones he logrado reestructurarme aspectos de mi vida y he encontrado puntos de vista diferentes para resolver mis problemas.”

Planteó además que: “hasta este momento me siento conforme y satisfecho con las actividades que hemos hecho y estoy más tranquilo en el resto del día, con menos tensiones y preocupaciones y el horario de sueño no es ahora un momento de tortura, puedo dormir mucho mejor que antes y al levantarme siento que he descansado.”

- Desarrollo de la sesión 6

Objetivos:

- Propiciar en el sujeto un estado emocional placentero que disminuya la ansiedad y el estrés mediante la audición de temas musicales

- Estimular la disminución de tensiones provocando recuerdos, imágenes y fantasías agradables

Técnica de caldeamiento:

Para comenzar esta sesión se aplicará la relajación respiratoria y muscular, la cual va dirigida a reducir los estados de estrés y ansiedad. El paciente deberá concentrarse en la melodía que escucha y tratará de evitar las ideas que distraigan su atención. Se utilizará la música New Age la que con su sonido ambiente incluido facilita al que la escucha imaginar que está en algún lugar diferente al de la realidad.

Técnicas de Desarrollo:

Se continuará con la audición de música instrumental con temas musicales suaves y pausados, de baja intensidad y con sonidos prolongados y lentos, indicándole al paciente que deberá dejarse llevar por los sentimientos y recuerdos gratos, tratando de alejar todas aquellas ideas negativas que le lleguen a la mente, si es posible el paciente deberá imaginar que está en otro lugar muy diferente a la prisión.

Al terminar la audición musical, el paciente compartirá con el terapeuta sus experiencias durante el ejercicio

Técnica de Cierre:

La sesión concluirá con la escucha de música New- Age.

Música a utilizar en la sesión:

- Dancing with the Muse – Jean Clude Morrelly.
- Temas New-Age.
- La fille de Pekín - Frederik Rousseau.
- Tibet Project - Tibet.
- Nitin Sawhney - Moonrise

Desarrollo de la sexta sesión.

En la sexta sesión se continúa con la audición musical en su modalidad de expresión oral. Para comenzar la sesión se realizó la relajación pasiva preparando al paciente para las siguientes actividades. Se colocaron temas que inducen relajación como son los de música New Age.

Al comenzar la audición mostró resistencia alegando que no se podía concentrar en la música y que el sonido de fondo con trinos de aves no le agradaba. Se sustituyó por un tema musical con sonido del agua corriente de un riachuelo y con el transcurso del tiempo cerró los ojos concentrándose tanto en ella, que se quedó dormido.

Cuando despertó se sintió un poco apenado y justificó su conducta manifestando: “es que vi las películas que dieron por el televisor y he pasado casi toda la noche despierto”.

Se le explicó que no hay nada de reprochable en lo sucedido y que lo importante es que ahora se siente cansado y puede dormir, haciéndolo hasta en medio de una sesión de trabajo terapéutico.

Se procedió a la audición de los temas restantes previstos para esta sesión.

Al preguntársele cómo se había sentido respondió que: “he logrado sentirme tan bien que ahora estoy como nuevo”.

Manifestó además que: “la música logró trasladarme a lugares donde me sentía libre de la prisión, de preocupaciones, de problemas y, sobre todo, no estaba enfermo de VIH.” Al terminar con el debate refirió que había disfrutado mucho la actividad y sobre todo que se había relajado profundamente.

Técnica de Cierre:

Se escuchan tres temas musicales de su preferencia a base de música instrumental del pianista griego Yanny y una canción del grupo “Il Divo”.

Desarrollo de la séptima sesión.

Objetivos:

- Propiciar en el sujeto un estado emocional placentero que disminuya la ansiedad y el estrés mediante la audición de temas musicales
- Reforzar el optimismo como indicador de la personalidad en el paciente

Técnica caldeamiento:

Se comenzará con la relajación preferida por paciente acompañada de música New Age y ejercicios pasivos de control respiratorio.

Técnicas de Desarrollo:

Esta actividad comenzará con una música suave y pausada, al terminar la audición musical se le pedirá al paciente que exprese cómo se siente en ese momento. A continuación se le indicará ubicarse en una postura cómoda. El terapeuta le solicitará que haga un listado con sus preferencias para cuando esté en libertad reflejando en ellas sus expectativas para ese momento.

Posterior a esta tarea el terapeuta procederá a dar una explicación sobre lo positivo de trazarse metas cumplibles y sobre lo útil de ese método para ser utilizado en la terapia y en la vida cotidiana, por la capacidad de prevenir y contrarrestar los efectos del estrés y la ansiedad que puede generar la planificación de acciones o tareas que no estén al alcance del cumplimiento de quien se traza las metas.

Técnicas de Cierre:

Se escuchará una melodía donde solo aparezcan elementos de la naturaleza y se le pedirá la mayor concentración posible. Al finalizar la audición se le preguntará cómo se sintió. Se le orientará al paciente seleccionar las melodías para utilizarlas en la próxima sesión y que, según él, indiquen el estado en que se encuentra en ese momento.

Música a utilizar en la sesión:

- Silvio Rodríguez. La Masa
- IL Divo - Ave Maria
- The champion theme – Raul di Blasio.
- Temas New Age

Desarrollo de la séptima sesión.

Para iniciar la sesión se le indicó al paciente hacer la relajación de su preferencia por lo que este decide escuchar “Ave María” de “IL Divo” mientras realiza los ejercicios pasivos para controlar su respiración y relajar sus músculos. Este tema es uno de los tres escuchados la sesión anterior en el cierre de la misma.

Ante la petición hecha por el autor para que hablara sobre su estado de ánimo actual manifestó:

- “Me siento alegre y he aprendido a tomar las cosas con más calma por lo que estoy seguro de poder salir de libertad”

- “Ahora sé que puedo reincorporarme a la sociedad y enfrentar las consecuencias de mi enfermedad con la esperanza de poder vivir muchos años más junto a mis seres queridos”
- “Debo cambiar mi conducta en la prisión para no complicarme más aquí”

En todo momento de su intervención se escucharon, como fondo, temas musicales “New Age

Cuando concluyó de expresar sus sentimientos se le sugirió realizar un plan de actividades que recoja las cosas que quiere hacer cuando llegue el momento de disfrutar su libertad, a la vez que se le orientó forjarse el propósito de darle cumplimiento a esas actividades.

Las actividades que reflejó en su trabajo hacen referencia a su permanencia con la familia, lograr un vínculo laboral que tenga relación con la computación y establecer una relación de pareja estable.

Se le pidió hacer una comparación entre los síntomas que presentaba en los momentos iniciales de estas sesiones y en la actualidad para que pudiera establecer diferencias entre un momento y otro.

Todas las manifestaciones hechas son favorables al tratamiento recibido y refiere que tuvo mucha suerte con formar parte de este estudio pues ahora se siente muy bien.

Como actividad de cierre se escucha la canción “La maza” de Silvio Rodríguez a petición del paciente, el que manifiesta que se le semeja mucho a su situación actual.

Sesión 8

Objetivos:

- Propiciar en el sujeto un estado emocional placentero que disminuya la ansiedad y el estrés mediante la audición de temas musicales
- Reforzar las actividades terapéuticas que se han desarrollado

Técnica de Caldeamiento:

En esta sesión el paciente comenzará con la relajación sin instrucciones del terapeuta, eligiendo él mismo la música que utilizará. Cuando crea que está listo y relajado para comenzar las actividades lo informará al terapeuta.

Técnicas de Desarrollo:

Se trabajará con los temas que se le pidió seleccionar en la sesión anterior y a través de la que se muestre su estado actual.

Técnica de Cierre:

Se concluye con un comentario sobre un artículo científico titulado “Estrés y emoción” escrito por Jaime Vila de la Universidad de Granada en España, destinado también a elevar el conocimiento del paciente sobre el tema.

Música a utilizar en la sesión:

- Temas elegidos por el paciente
- Desarrollo de la octava sesión

La octava sesión sufrió modificaciones, por lo que no se pudo llevar a cabo las actividades que se tenían previstas. Ese día se efectuó una requisa no programada en el penal causando esa operación un cambio en los horarios planificados.

En su lugar se procedió a reproducir, como en la tercera sesión, un tema con el que se sintiera identificado y que demostrara cómo se sentía en esos momentos. Los resultados fueron sorprendentes.

La tristeza que se manifestó al principio (tercera sesión) fue sustituida por sentimientos de alegría y esperanzas. La música que utilizó estaba cargada de sentimientos de tranquilidad y paz.

En las intervenciones realizadas estaban las siguientes:

- “Me siento más tranquilo conmigo mismo”
- “Aprendí a tomar las cosas con más calma”
- “Ahora sé que puedo lograr lo que me proponga”
- “Mis días en la prisión ahora no están llenos de malestar y no vale la pena coger lucha con los problemas, sino saber enfrentarlos bien”

Se aprovechó este espacio para comunicarle que en el próximo encuentro se concluía la intervención.

Se efectúa un comentario entre el paciente y el terapeuta sobre un artículo científico titulado “Estrés y emoción” destinado también a elevar el conocimiento del paciente sobre el tema.

La actividad de cierre fue una audición musical de temas escogidos por el paciente según sus preferencias.

Temas escuchados:

- Beforeig - Yanny
- Enchantm - Yanny
- Enigma – Return to innocence - Vangelis

Estos temas son suaves y pausados, inducen relajación, alivio de las preocupaciones, estabiliza la tensión arterial y facilita la reducción del estrés y la ansiedad.

Sesión 9

Objetivos:

- Valorar la evolución del paciente, comprobando si se han producido modificaciones en cuanto al diagnóstico inicial así como el cumplimiento sus expectativas con respecto a las sesiones terapéuticas.

Técnica de caldeamiento:

Se escuchará música de la preferencia del paciente .

En esta última sesión se procede a la aplicación de los test utilizados en la primera sesión. Dentro de ellas se encuentran el IDARE (rasgo-estado), el test de vulnerabilidad al estrés y la escala de Goldberg. Con el objetivo de evaluar posteriormente la efectividad de las sesiones.

Técnicas de Desarrollo:

En esta parte se efectuará un debate entre el paciente y el terapeuta donde expondrán sus criterios con respecto al programa y si percibió algún cambio en su estado. Se expondrán criterios, ideas, intereses nuevos que hayan surgido, valoraciones y si fueron cumplidas sus expectativas en el transcurso de las 9 sesiones.

Técnica de Cierre:

Como técnica de cierre y de despedida de las sesiones se le pondrán los temas musicales solicitados por el paciente para ver el estado que logró en el transcurso de estas sesiones. Él expondrá cómo se sintió a lo largo de las sesiones y qué le pareció la experiencia.

Música a utilizar en la sesión:

La que escoja el paciente por su libre albedrío.

Desarrollo de la novena sesión:

En la novena sesión se aplicaron todas las técnicas de la primera sesión, para comparar los resultados alcanzados y se le preguntó si sus expectativas se habían cumplido además de cómo se sentía.

Dentro de la intervención manifestó lo siguiente:

- “Estoy de acuerdo en que las expectativas iniciales fueron sobrecumplidas y logré cambios que no pensaba”
- “Las sesiones y especialmente la música han propiciado que esté más calmado y descansado, además de hacerme ver la vida y el mundo como un lugar lleno de fantasía y con posibilidades reales para alguien como yo”
- “Me ayudó a pensar diferente sobre mi vida futura, la salida en libertad y la reinserción social que tanto he temido durante todo este tiempo”

Para el cierre de la sesión se facilitó que el paciente escuchara toda la música que fuera de su agrado e intercambiara opiniones y comentarios con su educador penal, al que previamente había invitado para que, según él, apreciara su progreso a partir de la terapia recibida.

Valoración de los resultados obtenidos:

Ficha musicoterapéutica:

En la aplicación de la ficha musicoterapéutica se hizo evidente que el ambiente musical del paciente era muy favorable para la consecución de los objetivos propuestos a través de la intervención con empleo de la musicoterapia pues desde su infancia se vio influenciado por el ambiente musical de su vivienda.

La madre le cantaba canciones de cuna frecuentemente y su padre tocaba la guitarra además de ser ambos seguidores de la Vieja y Nueva Trovas. En la casa se escuchaba música instrumental y clásica en Radio Enciclopedia y Musical Nacional respectivamente.

Sus reacciones ante la música eran de relajación, agrado y sedación empleándola, sin saberlo, como una terapia para evitar tensiones en su etapa infantil y en la adolescencia.

Inventario de Ansiedad como Rasgo:

Realizando un análisis cualitativo de la técnica se apreció que inicialmente el paciente tendía a marcar de forma positiva los ítems que indicaban tomarse las cosas muy a pecho, alterarse por asuntos pendientes, preocuparse por cosas sin importancia, tener falta de confianza en si mismo y sentirse más cansado, la puntuación de 44 puntos alcanzada lo ubica en un nivel medio de ansiedad. Luego de haber implementado el programa se evidenció una variación en las respuestas emitidas, esta vez respondiendo de manera negativa a aquellos ítems que indicaban estados ansiosos y manifestando que se sentía más descansado, relajado, alegre y seguro de sí mismo, obtuvo una puntuación de 28 puntos por lo que se cataloga de bajo su nivel de ansiedad.

En relación al Idare como Inventario de Ansiedad como Estado:

Vemos que las puntuaciones fueron más significativas que en el rasgo por lo que la mayoría de la ansiedad que sufría el paciente era más bien debido a un estado transitorio, generado principalmente por las características de la prisión y el régimen penitenciario al que se tenía que someter y al padecimiento del V-I-H que a causas estables en su personalidad.

En un inicio el paciente consiguió puntuar en un nivel alto de ansiedad como estado, antes de la aplicación de la intervención, luego de haber participado en el estudio logró disminuir los niveles de ansiedad hacia el nivel bajo.

En el análisis cualitativo realizado se refleja como inicialmente el paciente tiende a marcar de manera positiva los ítems que indican sentirse tenso, contrariado, agitado, excitado, ansioso, nervioso, a punto de explotar y preocupado. Sin embargo en la aplicación posterior se evidencia una variación positiva en estos aspectos antes señalados, en los cuales se observa el progreso del mismo, marcando de manera negativa los ítems antes mencionados. Desapareciendo por completo estos estados negativos y sustituyéndolos por sentimientos de bienestar y placer.

Cuestionario de salud general de Goldberg:

En la primera aplicación se destacan problemas en la concentración, en la toma de decisiones, sentirse agobiado o con tensión y no poder superar las dificultades.

Obtuvo una puntuación de 23 puntos. Sin embargo después de realizar la segunda evaluación se encontró que dichas respuestas habían variado hacia igual que lo habitual y a más que lo habitual, evidenciándose que el paciente se encontraba más concentrado, relajado, con más confianza en él mismo y capaz de tomar cualquier decisión, mostrándose una mejoría en la puntuación de los Ítems que representan los niveles de salud general y los de funcionamiento social. De gran interés resultaron dos ítems que a pesar de haber recibido la calificación de igual que lo habitual lograron modificarse en la segunda aplicación. Estos son los referidos a jugar un papel útil en la vida y sentirse considerablemente feliz teniendo en cuenta todas las circunstancias de la vida, ambos lograron modificarse según la percepción del paciente en más que lo habitual, por lo que este cambió su percepción del papel que actualmente juega en la vida, atribuyéndole mucha más importancia a este y llegando a sentirse más feliz que antes de implementar la intervención.

Esta técnica arrojó valiosa información desde el punto de vista cualitativo. En un inicio el paciente marcó como menos de lo habitual o bastante mas de lo habitual algunos ítems referidos al nivel de salud mental y aquellos que describen la competencia del individuo en cuanto a su capacidad de enfrentamiento adecuada a las dificultades, su capacidad de tomar decisiones oportunas y de auto valorarse positivamente.

Vulnerabilidad al Estrés:

La técnica de Vulnerabilidad al Estrés por su parte resultó Vulnerable en ambas aplicaciones. Es válido referirse a que esta investigación se llevó a cabo con un paciente de VIH el que, además de las consecuencias típicas de esta enfermedad, cuenta con la carga adicional de estar recluido en una prisión lo que constituye un factor principal para el padecimiento del estrés. Se lograron disminuir los Ítems marcados como Nunca y Casi Nunca en los referidos a las horas de sueño, realizar ejercicios físicos, incremento de amistades y su interacción con ellos y organizar su tiempo los que finalmente fueron marcados como Casi Siempre y Frecuentemente.

Escala revisada de sucesos impactantes:

Esta técnica facilitó información definitoria para realizar el diagnóstico del paciente. Las respuestas dadas a los Ítems 1, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 14 y 15 denotan que a menudo el suceso traumático está presente a través de las reviviscencias que refirió en las entrevistas además de la falta de sueño, sentimientos relacionados con el asesinato y los sueños terroríficos sobre el tema. Tiene embotamiento afectivo y constantemente acuden a su mente imágenes que guardan relación con la acción delictiva.

Intenta apartar de su memoria lo pasado y no hablar sobre el tema. No evita alterarse cuando recuerda lo ocurrido y no puede permanecer lejos de lo pasado por estar en reclusión por esa causa. lo cual está reflejado en los Ítems 2, 3, 9 y 13.

Dentro de las técnicas cualitativas empleadas en la investigación estuvieron la entrevista y la observación jugando un papel imprescindible dentro de la misma y mediante las cuales se pudo extraer una variada e interesante información.

En las entrevistas que se realizaron se pudo comprobar los cambios que se produjeron y la disminución de las tensiones, así como el papel que jugó la música en otros aspectos que no estaban previstos tratar pero que emergieron a medida que se aplicaba la intervención tales como situaciones con la familia y la pareja.

Inicialmente el paciente comentó al autor que se sentía muy presionado con las actividades de la prisión, sobre todo las de carácter obligatorio, y otras tareas que cotidianamente realiza, que numerosas veces perdía la concentración a causa de las preocupaciones y manifestó tener problemas personales con su pareja, que lo está amenazando con terminar la relación si él continúa teniendo problemas en la prisión. Así mismo manifestó la dificultad al tomar decisiones, no saber si estaba actuando bien o mal y no creer que pudiera hacer lo que se propone.

Algunas de las expresiones emitidas por el paciente fueron las siguientes:

- “En estos momentos me siento muy tenso y creo que no me adaptaré a esta vida de la prisión, yo estudié lo que quería pero no lo he podido aplicar”
- “No tengo posibilidades a la hora de tomar una decisión importante”

- “Hay momentos en los que creo que mi cabeza me estalla y me dan ganas de llorar”
- “Aparte de las preocupaciones de la prisión y el VIH, me siento muy mal porque mi relación de pareja no va como yo quisiera”
- “Frecuentemente me siento muy irritable y desanimado”
- “No logro dormir todo lo que necesito”

Estas fueron las expresiones que se obtuvieron en un principio de la investigación, sin embargo al terminar el trabajo el autor volvió a repetir la entrevista encontrando un cambio hacia lo positivo en las respuestas del paciente.

Este alegó que se produjo en él un cambio en su estado de ánimo en general, que ahora se sentía más alegre y con menos tensiones, que no era que habían disminuido las situaciones de la prisión ni los problemas con el VIH sino que con la música había encontrado la fuerza necesaria para enfrentarse a las situaciones difíciles, además que le mejoraba su sentido del humor y le sustituía los sentimientos negativos por otros más agradables y placenteros.

Manifestó que con la ayuda de la música y del propio autor del trabajo logró ver los problemas de otra manera y no como la llegada del fin del mundo, así como creer en él mismo y que ahora podía hacer las mejores elecciones y lograr lo que se propusiera. Asumió las sesiones como espacios que le transmitieron grandes experiencias, momentos de reflexión, meditación y relajación y en las cuales logró encontrar la paz espiritual y el estado físico que tanto necesitaba.

Dentro de las expresiones del paciente en el transcurso de las sesiones estuvieron las siguientes:

- “La música me llevó a encontrar la paz que tanto necesito”
- “Las sesiones me dieron más fuerza para seguir adelante y mantenerme satisfecho con la vida y mi realidad actual”
- “Ya las dificultades no me afectan tanto, ahora me siento muy diferente y me apoyo en la música para estar mejor”
- “Aunque no se nada de otras terapias creo que con esta no necesito ninguna más”

- “Ahora tengo los mismos problemas que antes pero los veo diferentes y con posibilidades de sobreponerme a ellos”

Con la observación se comprobó el progreso que iba teniendo el paciente con la implementación de la intervención. Inicialmente llegaba a las sesiones con mal humor y le costaba trabajo concentrarse en las actividades, se le notaba alterado y su atención era dispersa. Su estado de ánimo era muy inconstante, llegando algunas veces muy sociable y otras muy irritables. A medida que fueron ejecutándose las sesiones esos estados fueron variando, aunque de vez en cuando hacía un poco de resistencia. Para la cuarta sesión había experimentado cambios notables, se le notaba muy contento y motivado por las actividades, se concentraba con mayor rapidez y la atención no era tan distráctil.

En la última sesión se había logrado un estado de bienestar en el paciente, le costaba menos trabajo lograr la relajación, mostrándose mucho más pasivo y calmado en comparación con el inicio de la intervención psicoterapéutica.

Los resultados expuestos anteriormente demuestran la efectividad de la intervención aplicada, reafirmando el poder terapéutico que posee la música y la influencia que ejerció sobre el estrés y la ansiedad en el sujeto de estudio.

La musicoterapia no solo logró disminuir la ansiedad en cada sesión. La consecución de disminuir los estados ansiosos con que inicialmente comenzó el paciente facilitó una adquisición de capacidades cognitivas para enfrentar situaciones estresantes y generadoras de ansiedad, cambiando sus respuestas a las mismas. Sintiendo más relajado y tranquilo permitió que este realizara una nueva valoración de sus problemas, buscándole soluciones que no le generaran situaciones problemáticas con otros reclusos ni con su familia. La musicoterapia logró crear un buen nivel de concentración y de la atención. Permitted estimular las facultades de imaginación en el paciente, motivando así una disminución de la ansiedad.

Se logró transmitirle sentimientos de seguridad, confianza, optimismo, calma y alegría, lo que contribuyó a disminuir la ansiedad y la erradicación de estados negativos como la falta de confianza en si mismo, las excesivas preocupaciones y las dificultades en la toma de decisiones.

La musicoterapia constituyó un facilitador útil y necesario para el mantener el equilibrio del paciente. Este aspecto propició que el sujeto encontrara maneras más efectivas de enfrentar con un rango mayor de posibilidades de solución las situaciones que a diario se le presentan en el penal, obteniendo nuevas técnicas y recursos que le ayudaran ante nuevas situaciones.

Se demostró, en el paciente, que entre las propiedades psicológicas que propicia la musicoterapia en el ser humano está la de incidir sobre la concentración, provocando un aumento de la misma, logra así un aumento del aprovechamiento de las tareas que se realizaron y las que enfrenta cotidianamente en el penal.

Con la musicoterapia pasiva se logró cambiar el estado inicial en el paciente permitiéndole un mejor control y manejo del estrés, lo que se comprobó en la nueva aplicación de las técnicas en la sesión final, también aumentó la concentración y cambió su percepción de la realidad que le circunda, buscó otras alternativas a los problemas, se le brindó un apoyo a través del cual no se sintiera agredido en su privacidad, intereses y necesidades y hacer que renacieran en él sentimientos y emociones con un contenido positivo y permitió que se comprobara la efectividad de la intervención diseñada.

CONCLUSIONES

Conclusiones

- El empleo de la musicoterapia favoreció la disminución del estrés en el paciente objeto de estudio en la Unidad Especial del VIH- SIDA de Holguín. Antes de la intervención psicoterapéutica el nivel de estrés del sujeto de estudio era extremadamente alto.
- La intervención psicológica realizada favoreció que el paciente mejorara los estilos de afrontamiento, logrando mejores soluciones a las situaciones cotidianas que se presentan en el penal.
- Los ritmos Barroco, Romántico, Sacro y New Age constituyeron un facilitador útil para propiciar estabilidad, seguridad, comprensión, exploración interior, relajación y reducción del estrés en el paciente objeto de estudio.
- El empleo de la musicoterapia en el paciente mejoró la concentración y el aprovechamiento de las tareas que realiza cotidianamente en el penal.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones.

- Extender el uso de la musicoterapia a otros pacientes que presentan condiciones similares al sujeto referido en la investigación

- Continuar profundizando en otras técnicas psicoterapéuticas que puedan ser efectivas para la disminución del estrés en otros pacientes en estado de reclusión

- Recomendar la socialización de la tesis al Equipo Multidisciplinario de la Unidad Especial Del VIH SIDA de Holguín

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- Álvarez, A. M. (1998). *Estrés un enfoque integral*. La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Alvin, J. (1967). *Musicoterapia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- autores, C. d. (2004). *Psicoterapia General*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Benenzon, O. R. (1985). *Manual de musicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Daufí, L. (1994). *La enfermedad de hoy*. Barcelona: Salvat Editores, SA.
- Fernández de Juan, T. (1994). *La musicoterapia: Un tratamiento alternativo de comprobada eficacia*. La Habana: Laboratorio Psicosocial CIPS, ACC.
- González Llaneza, F. M. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Hernández Sampieri, R. (2006). *Metodología de la Investigación I*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Ortega Bravo, A. (2000). *Programa para el manejo del estrés y el enriquecimiento de la sexualidad*. La Habana: CENSAM.
- Palacios S., J. I. (2001). *Concepto de musicoterapia a través de la historia*. Recuperado el 12 de noviembre de 2011, de REDIRIS: <http://musica.rediris.es/leeme/revista/palacios.htm>
- Peraza, E., & Zaldívar, D. (1999). La musicoterapia. Un nuevo enfrentamiento al estrés y la hipertensión arterial. *Revista Cubana de Psicología*, 20 (1).
- Rodríguez Calderón, M. d. (2008). *Intervención psicológica a través de la musicoterapia para la disminución del estrés en un grupo de estudiantes de primer año de la carrera Psicología mención salud en la sede CENSAM*. Tesis en opción al Título de Licenciada en Psicología, Mención Salud, Universidad de La Habana, La Habana.
- Rodríguez Zaldívar, I. (2007). *Relación entre el estrés y la sexualidad en pacientes estresados ingresados en el CENSAM del 2004 al 2006*. Trabajo de Diploma, Universidad de La Habana, La Habana.

- Sénquiz, A. L. (2000). *Los efectos curativos de la Música*. Recuperado el 8 de octubre de 2011, de Salud para ti: <http://www.saludparati.com/musica1.htm>
- Valverde Molina, J. (1993). *Consecuencias del internamiento penitenciario*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Verdes, M., & Fernández, T. (1992). Aplicación de un programa de musicoterapia en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Physiopathology of Nervous System* , 113-117.
- Zaldívar Pérez, D. (1996). *Conocimiento y Dominio del estrés*. La Habana.
- Zaldívar Pérez, D. (s.f.). *Música: bienestar y salud*. Recuperado el 8 de octubre de 2011, de Salud para la vida: <http://saludparalavida.sld.cu>
- Zaldívar Pérez, D. (2005). *Teoría y Práctica de la Psicoterapia*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

ANEXOS

Anexo No 1. Guía de observación participante.

- Expresión facial: seria, preocupada, deprimida, risueña, huraña, otros.

- Postura: apoyada, recostada, relajada, etc.

- Conducta: intranquilidad, rubor, sudoración, tics, fumar excesivo, levantarse, caminar, gestos moderado, gestos expansivos, retraimiento, movimientos de pies, manos, etc.

- Expresión oral: velocidad (lenta, rápida), pausas (momentos en que se producen), cambios bruscos en tono, silencios, lenguaje usado.

- Apariencia física: higiene personal, arreglado, desaliñado, vestimenta (excesiva, etc.), defectos físicos, malformaciones, tatuajes, cicatrices.

- Actitud ante la tarea: dispuesta, rechazante, evasiva, temerosa.

- Actitud ante el examinador: tranquilo, colaborador, temeroso, receloso, hostil, afable, intranquilo.

Anexo No 2. Guía de la Entrevista semiestructurada

- Datos Generales
- Historia de la enfermedad actual.
- Expectativas de paciente en cuanto a la intervención.
- Relaciones interpersonales.
- Estados emocionales que lo afectan y sus causas.
- Profundizar en aspectos que le agradan y le desagradan de la prisión.
- Proyectos de vida.
- Concepción del mundo.

Anexo No 3 Ficha Musicoterapéutica

Nombre y Apellidos:

Edad:

Sexo:

1. País de origen.
2. Región de origen.
3. Preferencias y Particularidades de los padres por la música y/o sonidos.
4. Recuerda si su madre le cantaba canciones de cuna. ¿Cuales?
5. Ambiente sonoro-musical durante la infancia.
6. Reacciones de los padres a los sonidos y a los ruidos.
7. Reacciones de Usted a los sonidos y los ruidos.
8. Describir ambiente sonoro de la casa.
9. Sonidos durante la noche y sonidos corporales.
10. Historia musical propiamente dicha del hogar. Si hay educación musical por algunos de los padres(o ambos) y de usted.
11. ¿Que instrumentos musicales le agradan?
12. Cuales no le agrada o no soporta.
13. Que tipos de música prefiere.
14. Como reacciona al escuchar esa música.
15. Que otros tipos de sonidos no musicales le llaman la atención. Puede ser de agrado o de desagrado.
16. Cuando se siente tenso o estresado acostumbra a escuchar música.
17. ¿Que escucha?
18. ¿Siente que le relaja o lo enoja más?

Anexo No 4. Idare (Estado)

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN. IDARE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4

15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

Anexo No 5. Idare (Rasgo)

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN. IDARE

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy un persona “tranquila, serena y sosegada”	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4

38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Anexo No 6 Cuestionario Vulnerabilidad al stress.

En este modelo encontrará UD. 16 temas en relación con hábitos y dificultades por las que pueden pasar la mayoría de las personas, en un tiempo u otro. Si UD. responde con franqueza y sinceridad ayudará a comprender algún problema suyo. Marque con una x el caso correspondiente:

Situación	Siempre	Casi Siempre	Frecuente	Casi nunca	Nunca
1-Por lo menos 4 veces a la semana duermo 7 -8 horas.	_____	_____	_____	_____	_____
2-En 50 km a la redonda poseo una familia en la que puedo confiar.	_____	_____	_____	_____	_____
3-Por lo menos dos veces a la semana hago ejercicios hasta que puedo sudar.	_____	_____	_____	_____	_____
4-Fumo menos de media cajetillas de cigarros al día.	_____	_____	_____	_____	_____
5-Tomo menos de 5 tragos de bebidas alcohólicas a la semana.	_____	_____	_____	_____	_____
6-Tengo peso apropiado para mi estatura.	_____	_____	_____	_____	_____
7-Mis ingresos satisfacen mis gastos fundamentales.	_____	_____	_____	_____	_____
8-Asisto regularmente a actividades sociales.	_____	_____	_____	_____	_____
9-Tengo una red de amigos y conocidos.	_____	_____	_____	_____	_____

- 10-Tengo uno o más amigos
a quienes puedo contarles mis
problemas personales. _____ _____ _____ _____ _____
- 11-Converso regularmente sobre
problemas domésticos. _____ _____ _____ _____ _____
- 12-Por lo menos una vez a la
semana hago algo divertido _____ _____ _____ _____ _____
- 13-Soy capaz de organizar
racionalmente mi tiempo. _____ _____ _____ _____ _____
- 14-Tomo al menos 3 tazas de
café, té o refresco al día. _____ _____ _____ _____ _____
- 15-Durante el día me dedico a
mi mismo un rato tranquilo _____ _____ _____ _____ _____

Anexo No 7 Escala de Goldberg

1-¿ha podido concentrarse bien en lo que hace?

- Mejor que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual
- No menos que lo habitual
- Realmente más que lo habitual

2-Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño

- No, en absoluto
- Mucho más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Realmente más que lo habitual

3-Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida

- Más que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual

4-Se ha sentido capaz de tomar decisiones

- Más que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual

5-Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión

- No, en absoluto
- Mucho menos que lo habitual
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual

6-Ha sentido que no puede superar sus dificultades

- No, en absoluto
- Mucho más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual

7-Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día

- Más que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual

8-Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas

- Más capaz que lo habitual

- Mucho menos que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual

- 9-Se ha sentido poco feliz y deprimido
- No, en absoluto
 - Mucho más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Bastante más que lo habitual

- 10-Ha perdido confianza en sí mismo
- No, en absoluto
 - Mucho más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Bastante más que lo habitual

- 11-Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada
- No, en absoluto
 - Mucho más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Bastante más que lo habitual

- 12-Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias
- Más feliz que lo habitual
 - Menos feliz que lo habitual
 - Aproximadamente lo mismo que lo habitual
 - Mucho menos feliz que lo habitual

Anexo No 8 : Escala revisada de sucesos impactantes. (IES)
 (Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979)

NOMBRE: FECHA:

TERAPEUTA: EVALUACIÓN:

Seguidamente encontrará una serie de comentarios hechos por personas después de haber sufrido un suceso estresante en su vida. Por favor, lea cada ítem e indique con qué frecuencia ha experimentado usted esos síntomas en los últimos siete días. Si no ha experimentado ninguno de ellos, indíquelo en la columna de "nunca".

FRECUENCIA	Nunca (0)	Pocas (1)	Algunas veces (3)	A menudo (5)
1. Pienso sobre ello incluso cuando no deseo hacerlo				
2. Evito alterarme cuando recuerdo o pienso en el suceso				
3. Intento apartarlo de mi memoria				
4. Tengo problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido debido a la aparición de imágenes o pensamientos relacionados con el suceso				
5. Tengo oleadas de fuertes sentimientos relacionados con el suceso				
6. Sueño con ello				
7. Permanezco lejos de todo lo que me recuerda lo ocurrido				
8. Siento como si esto no me hubiera pasado a mí o no fuera real				
9. Intento no hablar de ello				
10. Aparecen de forma repentina en mi mente imágenes relacionadas con el suceso				
11. Otras cosas me llevan a pensar en ello				
12. Sé que todavía tengo muchos sentimientos sobre el suceso, pero no los afronto				
13. Intento no pensar en lo ocurrido				
14. Cualquier recuerdo vuelve a provocarme sentimientos relacionados con el suceso				
15. Mis sentimientos sobre ello están embotados				