

MUSICOTERAPIA Y TRASTORNOS PSICÓTICOS

MUSICOTERÀPIA
PSICOLOGIA-MUSICOTE
WWW.MUSICOTERAPIABCN.



MUSICOTERÀPIA BCN
PSICOLOGIA-MUSICOTERÀPIA
WWW.MUSICOTERAPIABCN.COM

TRASTORNOS PSICÓTICOS

Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad.

- **Síntomas:**

Pensamiento confuso: Desorganización en el pensamiento y el habla, pensamientos que "saltan" entre temas que no tienen relación, dificultad para concentrarse y(o) recordar.

Creencias falsas: creencias no basadas en la realidad (delirios).

Percepciones falsas: Ver, escuchar o sentir cosas que no existen (Alucinaciones)

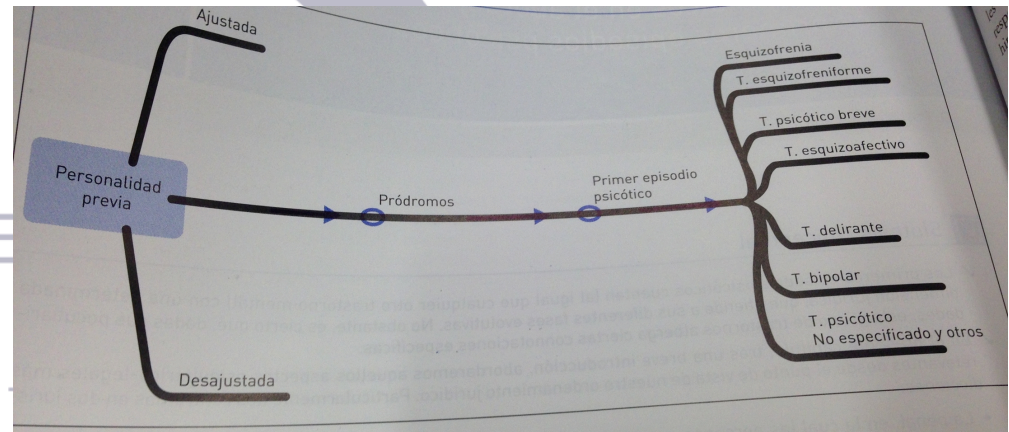
Cambios afectivos: sentirse aislado o poco conectado emocionalmente, pérdida de intensidad emocional, sentir que la persona cambia.

Cambios conductuales: más o menos activos y conductas relacionadas con los síntomas.

- **Tipos:**

- Trastorno psicótico breve
- Psicosis reactiva breve
- Psicosis por tóxicos
- Trastorno delirante
- Esquizofrenia (crónica, paranoide, hebefrénica, residual, catatónica, indiferenciada)
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno Bipolar con síntomas Psicóticos.

- **El episodio psicótico (Fases)**



Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia recogidos de un manual diagnóstico (DSM-5)* (17)

Se deben cumplir plenamente los criterios (A-E)

(Ver abajo una explicación de los términos)

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa del tiempo, durante un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado
4. Comportamiento catatónico** o gravemente desorganizado.
5. Síntomas negativos (por ejemplo, expresión emocional disminuida o abulia***).

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, se hallan claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio ocurre en la infancia o adolescencia, el fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten los signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos**** y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de otros trastornos: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar se han descartado debido a:

- 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor o maníaco concurrente con los síntomas de la fase activa; o
- 2) si los episodios de alteración del ánimo han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Atributos: El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o a otra condición médica.

F. Historia: Si hay una historia de trastorno del espectro autista o de un trastorno de comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones son prominentes, y se suman a los demás síntomas de la esquizofrenia, que permanecen presentes durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Asteriscos:

* El DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana) es el manual de EEUU, la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) es el Manual Internacional (Organización Mundial de la Salud). Ambos son muy utilizados.

** «Catatónico» significa estar muy parado y sin respuesta.

*** «Abulia» significa falta de motivación

**** «Prodrómico» hace referencia a problemas menos graves y previos a los problemas más pronunciados

Un continuo que va desde la «normalidad» a la «psicosis»

En la escuela me sentí muy solo y aislado. Aunque tuve algunos pocos amigos, me sentí excluido y recuerdo que empecé a pensar que cuando los niños se reían pudiera ser que estuvieran riéndose de mí. En aquellos momentos, sabía que seguramente eso no era cierto, pero no podía evitarlo, y me hizo sentirme aún más incómodo en todo lo relacionado con la escuela... Tras acudir a la universidad... y posiblemente al aislarme otra vez, esos pensamientos volvieron a aparecer. Sin embargo, esta vez empecé a notar la sensación de que sufría algún tipo de discapacidad social parecida al autismo, y que la gente podía notarlos simplemente por el modo en que hacía contacto ocular con ellos. Como resultado, el salir a la calle se convirtió en un calvario, porque cuanto más atención prestaba a mi contacto ocular más incómodo me sentía al mirar a las personas. Un tiempo después, me convencí de que, cuando estaba en la calle, cualquiera que me veía sabía al instante que tenía algún tipo de discapacidad social. En realidad, empecé a sentir que todo el mundo que conocía fingía y me trataba normalmente, pero luego, tras irme, se reían de mí a mis espaldas.

Adam (4)

Una mujer divorciada de 42 años de edad, madre de dos hijos, que tiene una consulta privada como sanadora psíquica, escucha voces «desde que tiene memoria». Oye las voces con sus oídos. Las voces se encuentran tanto dentro como fuera de su cabeza. Una de las voces surgió en la infancia y todavía sigue presente, pero también escucha otras voces. La voz principal le habla en segunda persona. Se comunica con esta voz y la consulta para sí misma o para sus clientes. Sus voces también hablan entre sí. Aunque sus voces no son voces que realmente hayan existido en su vida diaria no las teme y no se siente limitada por ellas. Más bien, cree que son protectoras: le dan consejo, son confortables y amables... En su infancia, de forma repetida sufrió abuso físico y sexual y sus voces la ayudaron a seguir hacia adelante en los momentos difíciles... Nunca habló de sus voces con otros hasta los 34 años. La primera vez que habló de las voces fue a sus hijos, tras su divorcio. Nunca estuvo en contacto con un servicio psiquiátrico, y en base a la Composite International Diagnostic Interview –Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta – realizada por un psiquiatra, no cumplía... los criterios de un trastorno mental.

Marius Romme y Sandra Escher (5)

Bueno, ¿qué puedo decir? Empecio a creer que en realidad sufro de algún tipo de paranoia. Empecé la universidad el año pasado, y tanto las cuestiones académicas como las sociales no han resultado fáciles del todo, aunque ya en el pasado tuve sentimientos de ansiedad y paranoia. Si estoy con un amigo, que está con un amigo más cercano a él y me habla menos en la conversación, siempre tengo la sensación de que la otra persona no quiere que esté a su lado, o que se siente ligeramente incómoda con mi presencia. Si envío un mensaje y no me responden, supongo que se debe a que no quieren hablar conmigo, y simplemente ignoran o borran mi mensaje. También siento que pueden estar molestos conmigo por importunarles, y que tenía que haberles dejado solos. Cuando estoy en una tienda o en la calle pienso que me están observando para ver si hago algo extraño, y poder reírse de mí en secreto. O si he estado reunido con un grupo, tan pronto como me alejo, empiezan a hacer comentarios sobre cómo actué. También creo que la gente dice «mira a ese solitario o a ese mamarracho» cuando me ven andando por ahí solo. Por lo tanto, ¿sofro de paranoia y/o de baja autoestima? Tengo muchas ganas de hacer algo al respecto y hablar con profesionales en los que pueda confiar. Pero también temo toparme con un mal profesional que me ponga bajo un cóctel de fármacos – algo que no deseo. Prefiero poder hablar.

Amber (6)

1.1 ¿Qué significa tener experiencias «psicóticas»?

Este informe se centra en esas experiencias normalmente conocidas como «psicosis», «esquizofrenia», «enfermedad mental», «crisis nerviosa» o a veces «locura». La tendencia a experimentar estados de ánimo extremos también se considera como enfermedad mental, en este caso «trastorno bipolar». Aunque muchas de las cuestiones son parecidas, el «trastorno bipolar» es el tema de otro informe (3) por lo que aquí no será tratado en detalle.

El tipo de experiencias tratadas en el informe incluye:

- Escuchar a voces que hablan cuando no hay nadie, o ver, saborear, oler o sentir cosas que otras personas no pueden. A veces a estas experiencias se las llaman alucinaciones.
- Mantener fuertes creencias que otros en su entorno no comparten. Un ejemplo puede ser la creencia de que hay una conspiración de la CIA contra uno mismo, o que otra persona está controlando sus pensamientos. A veces estas creencias han sido referidas como delirios. Si se refiere a otras personas que quieren hacerle daño, a veces se las llama delirios paranoides. Si se refieren a sentirse especial, se han denominado delirios de grandeza.
- Dificultades para pensar o concentrarse. A pesar de que muchas personas tienen experiencias como las descritas aquí y encuentran formas de afrontarlas, e incluso pueden encontrarlas útiles, en otras y en algunos momentos pueden resultar abrumadoras. Cuando ocurren de este modo normalmente resulta difícil concentrarse en otras cosas distintas. Las personas pueden parecer distraídas o preocupadas. Puede que estén contestando a las voces que escuchan. A veces las personas hablan de una forma que otras personas encuentran difícil de seguir, tocando muchos temas aparentemente inconexos y en rápida sucesión. A veces esto se ha referido como «trastorno del pensamiento». Muchos hemos llegado a tener algo parecido a un «trastorno del pensamiento», al decir cosas confusas o que confunden cuando estamos emocionalmente estresados. (4)
- A veces, algunas personas pueden mostrarse inexpresivas, introvertidas, aletargadas, apáticas o desmotivadas. Incluso puede que encuentren difícil tener fuerzas como para preparar la comida o, de forma general, para cuidar de sí mismas. Tradicionalmente estas dificultades se han considerado «síntomas negativos»: formando parte de una enfermedad. Sin embargo, a menudo puede ser el resultado de un sentimiento de estar sobrepasado por las experiencias o los intentos de encararlas, o pueden surgir de sentimientos de impotencia o depresión. También pueden ser los efectos adversos de medicamentos que se prescriben frecuentemente a las personas.

A menudo estas experiencias surgen en momentos concretos de estrés y se vinculan a emociones y sentimientos fuertes, por ejemplo, preocupación, ansiedad, miedo, depresión, o sentirse abrumado por los sucesos. De hecho, no hay una forma clara de diferenciar las experiencias «psicóticas» de otros problemas emocionales, que quizás se consideren en diagnósticos como ansiedad o depresión, o de los problemas debidos a los traumas que quizás se diagnostiquen como «estrés postraumático» o «trastorno de la personalidad».

NECESIDADES TERAPÉUTICAS MÁS RELAVANTES DE USUARIOS CON TRASTORNO PSICÓTICO

- Mejorar la capacidad de Insight, autoconsciencia (cuerpo y mente).
- Mejorar la rigidez, la motricidad.
- Estimular cognitivamente.
- Mejorar a nivel funcional.
- Socializar, habilidades sociales.
- Mejorar de la sintomatología positiva.
- Incidir en la afectividad.
- Propiciar el trabajo emocional.
- Aquí y ahora.

MUSICOTERÀPIA BCN

PSICOLOGIA - MUSICOTERÀPIA

WWW.MUSICOTERAPIABCN.COM

OBJETIVOS MUSICOTERAPÉUTICOS GENERALES EN TRASTORNOS PSICÓTICOS.

- **A nivel psicológico y emocional**

- Potenciar la expresión identificación y canalización de emociones y sentimientos.
- Conectar con la parte sana de la persona.
- Potenciar la evasión y placer.
- Potenciar las respuestas afectivas, proporcionando estímulos .
- Propiciar el conocimiento de las causas de su enfermedad (solo casos determinados)
- Ayudar al cambio del estado anímico.

- **A nivel cognitivo**

- Prevención de comorbilidad con otras enfermedades y prevención en el degenerar de capacidades como la memoria. Preservar capacidades.
- En Casos donde hay deterioro, mejorar capacidades cognitivas básicas.
- Ayudar A desarrollar facultades cognitivas: atención, memoria

- **.En nivel físico y motriz**

- Mejorar la rigidez física, dando Amplitud en movimiento.
- Mejorar efectos extrapiramidales de la medicación.

- **A nivel social**

- Potenciar la comunicación intra e interpersonal.
- Incidir positivamente en el aislamiento social.
- Propiciar la integración e interacción social.

LA MUSICOTERAPIA - MARCO TEÓRICO

¿Qué es la Musicoterapia?

La musicoterapia es la utilización de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta cualificado, con un paciente o grupo, en el proceso diseñado para facilitar y promover comunicación, relación, aprendizaje, movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT), 2011

MUSICOTERÀPIA
PSICOLOGIA - MUSICOT
WWW.MUSICOTERAPIABCN



SESIONES DE MUSICOTERAPIA EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

Las sesiones con musicoterapia hacen que los usuarios realicen acciones en que se ven implicadas diversas capacidades como la percepción del tiempo, la escucha- atención, concentración, memoria, la organización y estructuración, la elección-selección. En ocasiones, llevar a cabo acciones en un marco musical propicia la exclusión de patrones de pensamientos alucinatorios, delirantes o desorganizados.

Por otra parte, las experiencias musicales y verbales aportan a los usuarios la capacidad de introspección y el trabajo psico-emocional. Así mismo la Musicoterapia permite el trabajo de la relajación conducida, la consciencia de cuerpo, la conexión con uno mismo poner conciencia en gustos y aficiones, potencia el recuerdo, el sentimiento de pertenencia a un grupo y la socialización.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y GRUPAL

Técnicas con usuarios con trastorno psicótico:

- Orientación cognitivo-conductual de cara a una mejora de la funcionalidad.
- Diversas dinámicas de improvisación con percusión,
- Creación de letras y melodías, canciones.
- Relajación conducida, consciencia de cuerpo.
- Improvisación vocal.
- Respiración consciente.
- Solo en algunos casos: técnicas para a trabajar con las posibles causas del trastorno y de la sintomatología positiva (delirios y alucinaciones)



BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Musicoterapia:

Alvin J. (1967) Musicoterapia (5ª Ed) Barcelona: Paidós Educador

Bruscia, K. (1997) definiendo musicoterapia, (1º Ed) Salamanca: Amarú.

Bruscia, K. (1999) Modelos de improvisación en musicoterapia, (1º Ed) Vitoria-Gasteiz: Agruparte

Bruscia, K. (2007) Musicoterapia, métodos y prácticas, (1º Ed) México: Pax Mejico

Davis, W. Gfeller, K. Thaut, M. (2000) Introducción a la Musioterapia (1º Ed) Barcelona: Boileau

Poch Blasco, S. (2011) Compendio de musicoterapia I (2ª Ed) Barcelona:Herder

Poch Blasco, S. (1999) Compendio de musicoterapia II (1ª Ed) Barcelona:Herder

Poch Blasco, S. (2013) Musicoterapia en Psiquiatria (1ª Ed) Barcelona:Medica Jims

Trallero, C. (2004) El despertar del ser harmònic, Musicoteràpia Autorealizadora (1º Ed) Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat.

- Psicología:

<http://www.parcdesalutmar.cat/episodis-psicotics/pacients/episodis.html>

Vallejo Ruiloba, (2012) Manual de introducción a la psicopatología y psiquiatria 7a ed Editorial Masson

Varios Autores, Comprender la Psicosis y la esquizofrenia, Editor: Anne Cooke Un informe de la Division of Clinical Psychology (The British Psychological Society) <http://www.infocop.es/pdf/comprenderpsicosis.pdf>

Hernández Espinosa Victor (2013), Psicosis sufrimiento mental y comprensión psicodinámica Colección salud mental Vidal i Barraquer. Ed Herder.

Caballo, E. Vicente;y varios autores (1995) Manual de psicopatología y de los trastornos psiquiátricos. Vol. 1. Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. Siglo Veintiuno de España Editores. España.

Varios autores (2010), Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el tratamiento de la esquizofrenia. Editorial Pirámide.

PSICOLOGIA - MUSICOTERÀPIA

WWW.MUSICOTERAPIABCN.COM