

Cómo citar este documento

Cabello Fernández, M^a Encarnación; Martínez Cabello, Verónica; Quinta Aguza, Cristina; Sánchez Moreno, Rosario; Jiménez García, Ángela; Payán Rivera, Patrocinio. Musicoterapia en el deterioro del sueño de personas con Esquizofrenia en una Unidad de Rehabilitación de Salud Mental. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0792.php>

MUSICOTERAPIA EN EL DETERIORO DEL SUEÑO DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL

Autores:

M^a Encarnación Cabello Fernández¹, Verónica Martínez Cabello¹, Cristina Quinta Aguza¹, Rosario Sánchez Moreno¹, Ángela Jiménez García¹, Patrocinio Payan Rivera¹.

⁽¹⁾ Enfermeros Especialistas de Salud Mental. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

Email: encarna567@hotmail.com

RESUMEN

Los trastornos del sueño, en la mayoría de las ocasiones, forman parte de la sintomatología de los trastornos mentales; en el caso concreto de la Esquizofrenia, los pacientes experimentan comúnmente insomnio, habitualmente les cuesta conciliar o mantener el sueño, por ello presentan un sueño de mala calidad o una disminución en el tiempo total, se considera que el problema es de tal importancia que hace necesario diseñar intervenciones novedosas para abordarlo.

Se propone mejorar dicha alteración a través de una Intervención enfermera basada en Terapia musical. La Intervención "Musicoterapia" (NIC 2009) queda definida como: "*La utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico*"; se basa en la idea de que la música en cualquiera de sus facetas, puede utilizarse en personas con fines preventivos, curativos y educativos. El uso de la música de forma terapéutica ha demostrado tener efectos beneficiosos en el sueño en pacientes con trastornos mentales, entre ellos en pacientes con esquizofrenia.

Metodología: El diseño que se propone para la investigación es de carácter cuasi-experimental, controlado, aleatorio., longitudinal y prospectivo.

En él se pretende evaluar la efectividad de la Intervención enfermera "Musicoterapia" en el deterioro del patrón sueño-descanso en personas con Esquizofrenia, será llevada a cabo por la enfermera especialista en Salud Mental y los sujetos del estudio serán las personas con Esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos atendidos en una Unidad de Rehabilitación de Salud Mental. Como instrumento de evaluación se utilizará el Cuestionario de Oviedo del sueño (COS).

Palabras claves: Musicoterapia; Salud Mental; Esquizofrenia; Sueño; Descanso.
Términos MESH

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes y estado actual del tema en estudio.

1.1.1 La Esquizofrenia

La esquizofrenia¹ pertenece al grupo principal de los trastornos mentales en los cuales se modifica de forma característica la experiencia interna y la percepción del entorno. Los pacientes presentan anomalías en casi todas las esferas de la personalidad. Se modifica considerablemente la percepción, el pensamiento, la vida emocional, los impulsos y el movimiento (motricidad) de los. Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a menudo en dos grandes categorías: síntomas positivos y negativos (o déficit), a los que se ha añadido una tercera, la de desorganización. Esta enfermedad que habitualmente es de tipo crónico, puede caracterizarse por tres fases (fase aguda, fase de estabilización y fase estable) que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas.

1.1.2 Definición y Clasificaciones

En la actualidad hay dos Clasificaciones diagnosticas de trastornos mentales de carácter internacional muy extendidas. La clasificación CIE-10² de la Organización Mundial de la Salud que la define de la siguiente manera, *“La esquizofrenia está caracterizada por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, ideas bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. Estos síntomas son experimentados en presencia de conciencia clara (y generalmente) capacidad intelectual conservada”*, y la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, DSM-IV-TR³ (Diagnostic Statistical Manual), que define la esquizofrenia como *“una alteración que persiste durante al menos 6 meses e incluye, por lo menos, un mes de síntomas de la fase activa. Diferencia cinco*

subtipos de esquizofrenia: *paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual*'.

1.1.3 Epidemiología

El inicio⁴ de la esquizofrenia se produce de manera característica durante la adolescencia, e incluso en la infancia, o al inicio de la edad adulta. Afecta de forma similar a ambos sexos. Sin embargo, en los varones, la edad de inicio más frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras que en las mujeres lo es a finales de la tercera década y comienzo de la cuarta. La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios.

En los países de Europa⁵ occidental, entre el 0,5 y el 1% de la población sufre esquizofrenia. Se estima que la probabilidad de que una persona desarrolle esquizofrenia a lo largo de su vida es del 1%.

La incidencia entre hombres y mujeres es muy similar, aunque en promedio, los hombres desarrollan la enfermedad de 3 a 5 años antes que las mujeres. En los estudios realizados en España, se estima una incidencia de 0,8 casos por diez mil habitantes por año, dato consistente con los estudios internacionales (OMS) para los países de Europa (Ayuso Mateo et al., 2006).

La prevalencia estimada es de tres por mil habitantes por año para los hombres y 2,86 por mil para las mujeres. La edad media de comienzo de la enfermedad es de 24 años para los hombres y de 27 para las mujeres. Y la incidencia por sexos, 0,84 por 10.000 para las mujeres. La prevalencia obtenida de registros de casos psiquiátricos en España (1998)⁶ variaba del 1,98 por mil de Álava al 4,51 por mil de Vizcaya. No se conoce con exactitud la causa de la Esquizofrenia; existe evidencia⁷ de que diversos factores aumentan el riesgo de padecerla: factores genéticos, factores biológicos, factores ambientales.

La mayor parte de los estudios longitudinales⁸ de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable: en algunos pacientes no se presentan nuevos episodios, en la mayoría se producen exacerbaciones y remisiones, y en una pequeña parte persiste un estado psicótico grave de forma crónica. La remisión completa (es

decir, el restablecimiento de la función previa a la aparición del trastorno) no es frecuente en esta enfermedad. Entre los predictores⁷ más potentes del mal pronóstico se puede encontrar, aislamiento social, larga duración del episodio, antecedentes de tratamiento psiquiátrico previo, estar soltero y antecedentes de problemas conductuales en la infancia, otros factores de mal pronóstico serían, vivir en un país desarrollado, ser hombre, comienzo a edad temprana, pobre desarrollo social y profesional, historia familiar de Esquizofrenia, padecer Esquizofrenia Hebefrénica o Deficitaria.

La atención a las personas con esquizofrenia dispone de guías prácticas de valoración y estrategias de intervención⁹, así como de estrategias nacionales en forma de planes integrales o guías de prácticas clínicas GPC del Sistema Nacional de Salud¹⁰, junto a Planes Integrales de Salud Mental a nivel autonómico, incluido el de Andalucía¹¹ (PISMAII-2008-2012), se dispone además de un Proceso Asistencial Integrado (PAI) de Trastorno Mental Grave (TMG) en su segunda edición¹² que incluye entre otros trastorno el de la Esquizofrenia.

El desarrollo de todas estas estrategias, junto a otras nuevas^(9, 10, 11, 12, 13) está suponiendo para los propios profesionales una buena ayuda en cuanto que facilitan la atención a estos pacientes

1.1.4 El sueño. Definición

Se puede definir el sueño como estado de inconsciencia del que puede ser despertada una persona mediante estímulos sensitivos o de otro tipo.

No es la simple ausencia de vigilia ni una sola suspensión sensorial, sino que constituye un estado de gran actividad donde se suceden cambios hormonales, metabólicos, térmicos, bioquímicos y en la actividad mental en general, fundamentales para lograr un correcto equilibrio psicofísico que nos permita funcionar adecuadamente durante

El sueño¹⁴, es un componente esencial de la salud, existen diversos factores que se han revelado como importantes generadores de alteraciones en el sueño, entre ellos la existencia de ansiedad y malestar y esto afecta directamente al bienestar y a la calidad de vida de los individuos.

Un trastorno del sueño es un proceso o problema que interrumpe repetidamente el patrón de sueño de un individuo. Los trastornos del sueño

constituyen un grupo muy heterogéneo y numeroso de procesos, con numerosas intervenciones para abordar dicho trastorno, tratamientos farmacológicos, Psicoeducación...etc. y nuevas terapias en materia de investigación como la del proyecto que nos ocupa.

Para la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), el deterioro del patrón de sueño es una etiqueta diagnóstica y la define como: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.

1.1.5 Sueño y Trastornos mentales

La relación¹⁵ que guardan las enfermedades mentales con los trastornos del sueño es íntima y directa. Aproximadamente el 80% de los pacientes que las padecen se quejan principalmente de un deterioro en el patrón del descanso, ya sea tanto en la cantidad, como en la calidad de su sueño (Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2007).

En la mayoría de las ocasiones los trastornos del sueño forman parte de la sintomatología de los trastornos mentales, en el caso concreto de la esquizofrenia¹⁶, los pacientes experimentan comúnmente insomnio, habitualmente les cuesta conciliar el sueño o mantenerlo; por lo cual algunos de ellos presentan un sueño de mala calidad o una disminución en el tiempo total de sueño, siendo este problema de tal importancia que hace necesario el diseño de intervenciones novedosas para abordarlo ya que el insomnio ocasiona stress que puede empeorar la psicopatología en el paciente con esquizofrenia.

Existe una mayor dificultad para dormir, que suele coincidir con los síntomas prodrómicos o de probable comienzo de un episodio agudo, manteniéndose a veces esta dificultad incluso en la fase estable.

El déficit¹⁵ de sueño lento se correlaciona inversamente con los síntomas negativos: pobre higiene del sueño; siestas excesivas, abuso de cafeína y nicotina, prolongado tiempo en cama en vigilia, actividades en vigilia disminuidas, aislamiento social, pero no con los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones y delirios de persecución aumentan la vigilia nocturna y conducen a frecuentes siestas).

1.1.6. Sueño y Esquizofrenia

Diversos autores ^(16,17,18) revisan las principales alteraciones del sueño observadas en la esquizofrenia, los posibles mecanismos fisiopatológicos involucrados, su repercusión clínica y los efectos de la medicación antipsicótica en la arquitectura del sueño.

Los primeros estudios sobre el sueño en la esquizofrenia datan de la década de los 50 y principios de los 60 con autores como Demment (1955), Koresko y cols. (1963), Feinberg y cols. Rechtschaffen y cols.; no apareciendo los primeros datos positivos sobre trastornos de sueño y esquizofrenia hasta el año 1965. La mayor parte de estas investigaciones hacen referencia a la existencia o no de rasgos diferenciales en el sueño REM de la esquizofrenia.

Otros¹⁹, hacen referencia a anomalías del sueño REM en la esquizofrenia; refiriendo alteraciones en la latencia del sueño REM. Se describe, igualmente, un alargamiento de la latencia de sueño y baja eficiencia de sueño, todo ello más acusado en los pacientes no tratados y en las fases agudas de la enfermedad, normalizándose en pacientes crónicos próximos a la remisión.

Similares hallazgos se describen en los años 70 ²¹. Estos autores observaron un déficit de sueño lento específico al primer periodo de sueño No REM; sugiriendo que este déficit de sueño lento contribuye al acortamiento de la latencia del primer REM. Investigadores como Hudson y cols refirieron un acortamiento significativo de la latencia de sueño REM en todos los pacientes, tanto medicados como no.

1.1.7 Abordajes en el sueño

Existe una gran preocupación por el sueño en los distintos trastornos mentales de ahí que existan multitudes de estudios con autores que estudian el sueño en diferentes patologías, cabe destacar entre ellos los estudios²² realizados a pacientes con Trastorno Bipolar, Trastorno de personalidad, en riesgo de suicidio, pacientes con ansiedad...etc.

Para ellos se han diseñado diferentes intervenciones para abordarlo, describiéndose beneficios en cuanto a la calidad y cantidad del sueño mediante técnicas de relajación, higiene del sueño, Tratamientos farmacológicos variados, etc. También se han descrito beneficios en la aplicación de un programa de enfermería para el autocuidado²³ (que incluye hábitos de vida saludable y educación para la salud), en el cual se obtuvo una mejoría en la calidad del sueño percibida en un 80% de los pacientes incluidos en dicho programa.

1.1.8 Musicoterapia. Definición

La Musicoterapia^(24,25) se basa en la idea de que la música en cualquiera de sus facetas, puede utilizarse en personas con fines preventivos, curativos y educativos.

La Musicoterapia se puede definir desde dos puntos de vista: desde el punto de vista científico y desde el punto de vista terapéutico:

- Desde el punto de vista científico “la Musicoterapia es una especialización científica que se ocupa del estudio e investigación del complejo sonido-ser humano, sea el sonido musical o no, tendente a buscar los elementos diagnósticos y los métodos terapéuticos del mismo”. D
- Desde el otro punto de vista: “la musicoterapia es una disciplina paramédica, que utiliza en sonido, la música y el movimiento, para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación con el objetivo de emprender a través de ellos el proceso de entrenamiento y recuperación del paciente para la sociedad”.

Existen distintas asociaciones que definen la musicoterapia:

- La Asociación Americana de Musicoterapia la define como “el uso de la música prescrito por una persona cualificada para producir cambios en el funcionamiento psicológico, físico, cognitivo o social de individuos con problemas de salud o educativos”.
- L
a *National Association for Music Therapy* (NAMT) la define de manera muy

parecida, “uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental”

1.1.9 Antecedentes históricos

Desde una perspectiva histórica, la musicoterapia como disciplina científica se remonta desde hace siglos. Las sociedades primitivas ya tenían conocimiento de las cualidades terapéuticas de la música y la incluían como un elemento más en sus rituales de sanación. Pitágoras es considerado el padre de la musicoterapia y la utilizaba para tratar enfermedades mentales, en el pueblo hebreo se utilizaba la música en casos de problemas físicos y mentales.

Platón y Aristóteles bien podrían ser los precursores de los musicoterapeutas. Aristóteles hablaba del verdadero valor médico de la música ante las emociones incontrolables y atribuía su efecto beneficioso para la catarsis emocional. Platón recitaba música y danzas para los terrores y las antiguas fobias, creía en el carácter divino de la música, y que ésta podía dar placer o sedar. También Florence Nightingale²⁶ fue la primera enfermera que describió el efecto beneficioso de la música y la empleó como parte de los cuidados que prestó a los soldados en la guerra de Crimea; narró cómo las enfermeras usaban la voz y la melodía con flautas para provocar efectos beneficiosos en los soldados con dolor.

1.1.10 Musicoterapia y Trastornos mentales

La musicoterapia no sólo es la fusión de los términos música y terapia, sino mucho más que eso. Es una terapia de apoyo a la terapia farmacológica.

El uso de la música de forma terapéutica ha demostrado tener efectos beneficiosos en pacientes con problemas psiquiátricos²⁷. En América se usó para tratar la depresión, la esquizofrenia y el insomnio en los veteranos de la Segunda Guerra Mundial. En la actualidad se utiliza tanto para el ámbito terapéutico como preventivo²⁸.

En el ámbito de los trastornos psiquiátricos, la utilización de la musicoterapia como tratamiento se encuentra documentada en la literatura especializada²⁹ siendo la esquizofrenia tema de diferentes estudios en este campo.

1.1.11 Musicoterapia y Sueño

La revisión²⁹ llevada a cabo por Gold y col. (2005) sugiere que la Musicoterapia es un tratamiento indicado en pacientes esquizofrénicos mostrando efectos positivos en síntomas como el insomnio y en el nivel de funcionamiento general del paciente. El paciente que presenta estas características encuentra en la música un acto estético, creativo con propiedades sedantes, que le resulta atractivo y que presenta un gran potencial en el plano comunicacional-relacional e inductor del sueño.

Así mismo también se ha demostrado la efectividad de la musicoterapia en pacientes con esquizofrenia residual, cuyos resultados fueron evaluados por enfermeras³⁰ estos resultados fueron una disminución de la sintomatología negativa, un aumento de la habilidad de comunicación, una reducción del aislamiento y un aumento del interés de estos pacientes por su entorno.

En los últimos años el empleo de la musicoterapia ha ido ganando un sitio cada vez más importante dentro de las Terapias Alternativas, ya que sus resultados son excelentes para enfermedades de diversa índole constituyendo parte importante de la rehabilitación y crecimiento emocional en el paciente y en las personas de su entorno.

La aplicación de musicoterapia como intervención enfermera debe fundamentarse en el conocimiento de los recursos musicales y las respuestas complejas que puede y debe producir este tipo de actividad en el sujeto de intervención. La aplicación de esta terapia en su visión holística del ser humano, conjuga razón y emoción, amplificando la capacidad e importancia de ambas partes, música y enfermería³¹

1.1.12 Formas de implementación terapéutica

Las formas de implementación terapéuticas pueden ser entre otras (Rodríguez, 2005):

1.

M

usicoterapia activa: Permite que el paciente cree sonidos, componga, realice movimientos o baile, cante o simplemente susurre sonidos que él ha creado con diferentes instrumentos. Este tipo de terapia tiene un gran componente participativo y dependiente del paciente.

2. M
usicoterapia receptiva: La terapia tiene lugar como resultado de la escucha del paciente, entrando en ella, o recibiendo la música misma (música vibro-acústica).
3. M
usicoterapia pasiva: aquella en la que la persona solo oye
4. M
usicoterapia mixta: Incluye aspectos anteriores, puede estar acompañada de expresión corporal, voz, movimientos gestuales.

De entre estos tipos, la Intervención se centrará en la musicoterapia receptiva (Mtr) entendiendo que la persona presenta un estado activo para la recepción del sonido o de la música, según estudios realizados ^(32,33) puede ser la más efectiva como método de relajación y para abordar el deterioro del sueño en esta población.

En la Mtr se utiliza piezas musicales en audición para inducir estados al cuerpo y al alma. No se necesita un terapeuta que nos haga seguir una pauta. Solo la propia voluntad, intuición y consciencia despierta. Se piensa que para que funcione correctamente, es necesario adaptarse a la cultura particular de cada uno de los participantes. Mayoritariamente, el uso receptivo de la música es usado para el apaciguamiento, la distensión y relajación, la inducción al sueño o la claridad mental, por otro lado.

1. 2	Marco Teórico
-------------	----------------------

La Intervención enfermera basada en Musicoterapia se guiará por el Modelo de Hildegarde Peplau³², modelo basado en las relaciones interpersonales en enfermería, a través de estas relaciones la enfermera especialista en salud mental debe gestionar los cuidados que va a proveer a estos pacientes, recogiendo información específica sobre sus necesidades e identificando los problemas (deprivación del sueño, descanso insuficiente, siestas excesivas, cansancio diurno y falta de rendimiento en actividades relacionales y laborales, etc.).

Se escoge este modelo debido a que esta autora es la representante principal de la enfermería psiquiátrica, ella toma como sustento las bases teóricas de las necesidades humanas, el concepto motivación y el desarrollo personal (Maslow, Sullivan, Miller y Symonds). La teoría de Peplau se refiere a la relación entre una persona con necesidad de ayuda y una enfermera formada adecuadamente para reconocer sus necesidades e intervenir terapéuticamente (Peplau, 1990; Kérouac y cols, 1996).

2. BIBLIOGRAFIA

1. G
Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRMNº 2006/05-2.
2.
Organización mundial de la salud .Clasificación Internacional de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2000.
3. A
Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado DSMIV TR. Edición Masson; 2009.
4. L
Lumby B. Guide schizophrenia patients to better physical health. Nurse Pract. 2007 Jul; 32(7): 30-7; quiz 37-8.

5. E
SEMeD/MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorder in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 Supl. 420: 1-64.
6. G
Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. Acceso el día 18/07/2013.
Disponible www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf
7.
Walsh T, McClellan JM, McCarthy SE, Addington AM, Pierce SB, Cooper GM, Nord AS, Kusenda M, Malhotra D, Bhandari A, Stray SM, Rippey CF, Roccanova P, Makarov V, Lakshmi B, Findling RL, Sikich L, Stromberg T, Merriman B, Gogtay N, Butler P, Eckstrand K, Noory L, Gochman P, Long R, Chen Z, Davis S, Baker C, Eichler EE, Meltzer PS, Nelson SF, Singleton AB, Lee MK, Rapoport JL, King MC, Sebat J. Rare structural variants disrupt multiple genes in neurodevelopmental pathways in schizophrenia. *Science*. 2008 Apr 25; 320(5875):539-543.
8. C
annon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, Seidman LJ, Perkins D, Tsuang M, McGlashan T, Heinssen R. Prediction of psychosis in high-risk youth: A Multi-site longitudinal study in North America. *Archives of General Psychiatry*. 2008 Jan;65 (1):28-37.
9. F
ornés J, Carballal MC. Enfermería de salud mental y psiquiátrica: guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Médica Panamericana, 2001.

10. G
Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave del SNS. Ministerios de Sanidad y Política Social. 2009.
11. Consejería de Salud (2008) II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud.
12. C
Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla: La Consejería; 2006.
13. A
American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. Am J Psychiatry 2004; 161:1–56.
14. S
Arrais F, de Castro Manglano P. El insomnio, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. 2007; 30 (2):121-34.
15. S
Simon G, VonKorff M. Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. Am J Psychiatry 1997; 154:1417-1423.
16. C
Bouinard S, Poulin J, Stip E et al: Sleep in Untreated Patients with Schizophrenia: A Meta-Analysis. Schizophr Bull 2004; 30:957-967
17. M
Becías-Lizancos, F.; Serrano Parra M^a D. et col. Trastorno del Ritmo

Sueño/Vigilia. En: Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: DAE; 2002. Pp.230-228.

18. S
olá Miravete, M^a E; Escoda Pellisa, T; García Villarroya, N; López Arce, C; Martín, E; Martínez Nicolás, M. ¿Cómo duermen nuestros pacientes? Metas de Enfermería. 2006.9 (4): 68-73.
19. M
edina Cordero, A; Feria Lorenzo, DJ; Oscoz Muñoa, G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enfermería Global. 2009; 2 (17). [Acceso 21-08-2013]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75151/72901>
20. F
einberg J.; et al.Effects of high dosage delta-9-tetrahydrocannabinol on sleep patterns in man. Clin Pharmacol Ther 1976; 17:458-466. [Acceso 21-08-2013].Disponible: <http://www.neurowikia.es/content/caracteristicas-del-sueno-en-la-esquizofrenia>
21. C
lark CP.; et al.Increased REM sleep density at admission predicts relapse by 3 months in primary alcoholics with a lifetime diagnosis of secondary depression. Biol Psychiatry 1998; 43:601-607. [Acceso 21-06-2013]. Disponible en: <http://www.neurowikia.es/content/caracteristicas-del-sueno-en-la-esquizofrenia>
22. P
lante DT, Winkelman JW. Sleep Disturbance in Bipolar Disorder: Therapeutic Implications. American Journal of Psychiatry. America. 2008; 165 (7): 830-43. [Consultado 22-06-2013]
23. L
aguna Parras, JM; Jerez Rojas, MR; García Fernández, FP; Carrasco

Rodríguez, MD; Nogales Vargas Machuca, I. Eficacia de las intervenciones Enfermeras en el Deterioro del Patrón del Sueño en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (1). Disponible: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0208.php>. [Acceso 24-06-2013]

24. B
ulechek GM, Butcher HK, Mccloskey JC. Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009 [
25. A
Imansa P. La terapia musical como intervención enfermera. Enfermería Global [en línea] Mayo 2003 2 (1). [Consultado 24-06-2013]. URL disponible en: <http://www.um.es/eglobal/>.
26. N
ightingale F. Notas sobre enfermería. Barcelona: Salvat; 1990.
27. C
onvignton H. Music Therapy for patients with psychiatric disorders. Holistic Nursing Practice 2001; 15(2): 59-69.
28. C
ooke M, Chaboyer W, Schuteeeeer P, Hirstos M. The effect of music on preopertative anxiety in day surgery. J Adv Nurs 2005; 52(1): 47-55.
29. S
abbatella P. My Music, Your Music, Our Music: Music Therapy with Schizophrenic Clients. En Fachner J, Aldridge D, editores. Dialogue and Debate -Conference Proceedings of the 10th World Congress on Music Therapy, July 23-28, 2002, Oxford, England.

- 30.** Amaro L. Las propiedades terapéuticas y educativas de la música. Barcelona: Europa 16; 1993
- 31.** Silberman M. The Influence of Music on the Symptoms of Psychosis: A Meta-Analysis Journal of Music Therapy 2003, 40 (1). p. 27–40. Covington H. S
- 32.** Music therapy for patients with psychiatric disorders. Holistic Nursing Practice 2001; 15 (2):59 M
- 33.** Rodríguez Pérez, M., Rojas Ocaña, M. J., Abreu Sánchez, A., Rodríguez Rodríguez, J.B. (2002) La enfermería y el presente de las terapias complementarias. Rev ROL Enf; 25(4):10-11. R
- 34.** Gigante Pérez C. Efectos de la Musicoterapia receptiva sobre la ansiedad y el estrés (cortisol) en una población joven universitaria.[tesis]. Alcalá: Universidad de Alcalá, Escuela de ciencias de la Salud ;2011. G
- 35.** Eplau HE Relaciones Interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat; 1990. P
- 36.** Lobes García J, González G.-Portilla MP, Saíz Martínez PA, Bascarán B

Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema* 2000; 12(1):107-12.

37. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey JC. *Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC)*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- E
valuar la efectividad de una intervención basada en Musicoterapia realizada por la enfermera especialista en Salud Mental sobre el patrón sueño-descanso en pacientes con Esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (en adelante URSM) de la Unidad de Gestión Clínica (en adelante UGC) del H.U Virgen del Rocío de Sevilla.

3.2 Objetivos específicos

- Evaluar si la intervención enfermera Musicoterapia produce mejora en el sueño en este tipo de población, se entenderá esta mejora como:
 - tiempo de conciliación menor de 30 minutos,
 - sueño nocturno ininterrumpido,
 - 6 a 7 horas mínimas de sueño nocturno

- Evaluar si la intervención enfermera Musicoterapia produce mejora de la calidad de vida, entendida ésta como un aumento en la puntuación en el cuestionario S36 de Calidad de Vida.

4. HIPOTESIS

1. Una Intervención basada en Musicoterapia realizada por la enfermera especialista en Salud Mental sobre el deterioro del patrón sueño-descanso mejorará este patrón en las personas con Esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos que son atendidos en la URSM de la UGC del H.U. Virgen del Rocío de Sevilla, establecida esta mejora mediante un tiempo de conciliación menor de 30 minutos, un sueño nocturno ininterrumpido, y de 6 a 7 horas mínimas de sueño nocturno.
2. Una Intervención basada en Musicoterapia realizada por la enfermera especialista en Salud Mental sobre el deterioro del patrón sueño-descanso mejorará la calidad de vida en estos pacientes aumentando las puntuaciones obtenidas en el cuestionario SF-36 de Calidad de vida.

5. METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

5.1 Diseño Metodológico

Se plantea un diseño de estudio primario cuantitativo cuasiexperimental controlado y aleatorio. Es longitudinal y prospectivo.

Constará de dos grupos: un grupo experimental cuyos sujetos recibirán la intervención de Musicoterapia a cargo de la enfermera especialista en salud mental y un grupo control, con las mismas características que el grupo experimental que continuará con su seguimiento habitual en el centro (Educación para la salud sobre higiene del sueño).

5.2 Ámbito de estudio

La intervención será llevada a cabo en la URSM de la UGC del Hospital Universitario (en adelante H.U) Virgen del Rocío (en adelante V.R) de Sevilla.

El H.U V.R de Sevilla es, en la actualidad, el mayor complejo hospitalario del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Su elevada producción asistencial, su destacada posición dentro de la investigación biomédica española, su importante trabajo docente y su estrategia organizativa y de gestión lo convierten asimismo en un claro referente nacional e internacional.

Su área de influencia engloba a una población general mixta, con núcleos rurales y urbanos que como Hospital Básico tiene una población de referencia de 550.502 habitantes, como Hospital de referencia a nivel provincial de 1.316.728, y como Hospital de referencia a nivel regional tiene asignada una población de 1.434.013 habitantes (datos del año 2012).

5.3 Población

Población diana: personas adultas diagnosticadas de esquizofrenia en cualquiera de los subtipos según la CIE-10:

Población a estudio: personas mayores de edad con diagnóstico médico de Esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos atendidos en la URSM del H.U. V.R de Sevilla, que tras valoración enfermera se les identifique con deterioro en el patrón sueño-descanso y que acepten participar en la intervención Terapia Musical.

Para la definición de los grupos control y experimental se ha contado con el asesoramiento de algunos de los expertos en bioética y miembros de Comités de Ética de la Investigación. La situación ideal sería aleatorizar a los pacientes de dicha Unidad para conformar un grupo control y otro experimental aleatorios, pero como ello nos llevaría a dejar sin la Intervención propuesta al resto de pacientes

que presentan las mismas características, lo cual consideramos que éticamente no sería aceptable, atendiendo las indicaciones de los expertos en bioética, los investigadores se comprometen a que una vez concluida la investigación, caso de verificarse la hipótesis de trabajo, ofertar a los integrantes del grupo control la intervención de Musicoterapia.

5.3.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes con el diagnóstico médico de Esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos (según CIE-10) que en una entrevista enfermera semiestructurada sean identificados con el diagnóstico enfermero de Deterioro en el patrón del sueño/descanso.
- P
pacientes de ambos sexos y mayores de edad.
- P
pacientes que acepten participar en la intervención enfermera Musicoterapia desde el 1 de Enero de 2015 hasta el 31 de Octubre de 2015 y firmen el consentimiento informado.

5.3.2 Criterios de exclusión:

- P
pacientes en los que la alteración de este patrón se deba a cualquier otra patología diferente a la Esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos, presenten un deterioro cognitivo importante u una enfermedad neurológica.
- P
pacientes con problemas graves de audición.
- P
pacientes con conductas desorganizadas que alteren el funcionamiento normal del grupo.
- P
pacientes que en los últimos 6 meses haya requerido más de tres ingresos

en la Unidad de Hospitalización de Agudos de Salud Mental. o que no asistan al 80% de las sesiones.

5.3.3 Tamaño muestral:

Para la captación de los sujetos a estudiar no se realizará muestreo sino que se va a trabajar con la totalidad de la población accesible, que estará formada por la población indicada en el presente proyecto de investigación, por lo que no procede un cálculo de tamaño muestral mínimo necesario para poder establecer relaciones de causalidad, en cualquier caso se comprobará a posteriori la significación de las posibles relaciones entre variables.

Con objeto de aproximarnos al tamaño de los grupos, se ha contactado con dicho centro que nos ha facilitado el número de pacientes con estas características y que ascienden a un volumen de 133 pacientes el que a fecha de Junio de 2014 acuden a la citada URSM.

Según la literatura consultada¹⁵, se estima que un 80% de ellos presenten un deterioro en el patrón sueño-descanso, con lo cual la muestra por estimación ascendería a un total de 106 pacientes los que cumplirían esos requisitos.

Por las características de los pacientes incluidos, baja adherencia a los diversos tratamientos, crónicos de evolución tórpida, periodos de crisis, hospitalizaciones repetidas, etc., cabe esperar una tasa de abandono en torno al 20%.

Teniendo en cuenta ese porcentaje esperado de abandono por diversas circunstancias, la muestra se podría conformar aproximadamente por 85 pacientes, unos 42-43 en cada uno de los grupos, en una proporción de 1:1, asignándose los pacientes a cada grupo (experimental y control), mediante un generador de números aleatorios (localizable en www.e-biometria.com)

5.4 Variables de estudio y definición operativa:

5.4.1 Variable Independiente: Intervención enfermera basada en Musicoterapia, la cual se desarrollará en 3 fases:

1ª Fase. Captación de la población a estudio mediante el establecimiento del diagnóstico de enfermería NANDA de deterioro en el Patrón del sueño:

En primer lugar se procederá a establecer el diagnóstico enfermero NANDA de Deterioro del sueño, que facilite el desarrollo de la Intervención enfermera de Musicoterapia en la población objeto del estudio para ello se revisaran 133 historias clínicas; se realizará un despistaje de los patrones de salud evaluados y tras una entrevista semiestructurada individualizada a cada uno de ellos, se elegirán las que presenten alteraciones en el patrón sueño-descanso.

2ª Fase. Conformación de la muestra.

Una vez captada la población a estudio, mediante muestreo aleatorio simple a través de e-biometria.com, el programa informático determinará los números correspondientes y se conformará el grupo experimental y el grupo control, el grupo experimental será el que reciba la intervención de Musicoterapia a cargo de la enfermera especialista, el grupo control recibirá el seguimiento habitual en el centro que consistirá en Educación para la salud sobre higiene del sueño. A toda la población de estudio se les dará un primer Cuestionario Oviedo del sueño (COS) así como otro primer cuestionario S36 de Calidad de vida.

3ª Fase. Trabajo de campo y Fase experimental:

El grupo experimental estará formado aproximadamente por 42-43 pacientes se subdividirá en 6 subgrupos de 6-7 pacientes. La intervención tendrá una duración total de 9 meses. Cada subgrupo recibirá consecutivamente las sesiones una vez a la semana en número de 7 sesiones con una duración de 90 minutos cada una de ellas:

1ª Sesión: Presentación e información del estudio.

Los objetivos de esta sesión son: facilitar el acogimiento, crear un clima de seguridad y confianza, facilitar el proceso de cohesión del grupo, motivar para la participación en la Terapia grupal, generar expectativas de ayuda y cambio y ofrecer información sobre los contenidos, procedimientos y tareas. Para ello se comenzará con una presentación por parte de la enfermera/o conductor del grupo,

y de cada uno de sus integrantes mediante una técnica grupal (rueda de presentaciones) en la que, cada uno explicará qué expectativas tiene acerca de la Intervención.

Se informará del papel de la enfermería especialista en Salud Mental en este programa. Se explicarán las normas del grupo (reglas de encuadre grupal): participación, confidencialidad, puntualidad, compromiso y respeto.

Se explicarán los objetivos de la Intervención. Se le entregará a cada miembro del grupo un cuaderno y un CD de música clásica y de sonidos de la naturaleza elegidas por la enfermera, indicándoles que lo oigan en casa a la hora de dormir y que anoten a diario sus experiencias personales al escuchar la música.

2ª Sesión: Anamnesis musical de la muestra

Tras la presentación y explicación de objetivos, esta sesión la dedicaremos a conocer ciclo sueño/vigilia de los componentes del grupo, se facilitará la expresión de las preocupaciones, intercambio de experiencias y sentimientos o dificultades a la hora de dormir o descansar que se hayan encontrado durante los 30 días anteriores a la sesión. Para conseguir esto será necesario crear un clima de confianza, promovido desde el respeto mutuo y el dialogo, así como favoreciendo una escucha activa por parte de todos los asistentes. Se recogerá de cada miembro la biografía personal y preferencias musicales, para ello se pasará un pequeño cuestionario con el objetivo de tener información sobre los intereses musicales de cada uno de los individuos de la muestra y para realizar una historia musical completando así la información relevante junto a la historia de salud y a los datos biográficos:

Anamnesis musical de la muestra					
Nº	Pregunta	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1	¿Le gusta la música?				
2	¿Escucha habitualmente música?				
3	¿Utiliza la música para relajarse?				

4	¿Tiene temas musicales significativos?				
5	¿Qué música le gusta escuchar?	Clásica	Rock	Pop	Disco
6	¿Qué tipo de música compra o graba?				
7	¿Tiene aversión a algún tipo de música?				
8	¿Qué importancia le da a la música en su vida?	Nada	Poca	Bastante	Mucha
9	¿Le han influido los gustos y preferencias musicales familiares?	Nada	Poco	Bastante	Mucho
10	¿Le gusta escuchar música con mucho volumen?				
11	¿Ha utilizado la música en su cuidado de manera consciente?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces

3ª Sesión: Elección de la música y del ambiente.

Para ello se explicará que la música puede manejar los sentimientos y emociones, es por esto que la música debe incitar al descanso y la relajación, deberá ser una música tranquila, y para que esto tenga resultado para el sueño es importante seguir algunas pautas:

- La primera será hacer una buena selección de la música (especialmente de música clásica), La música que será seleccionada para esta investigación será música tranquila, suave, melódica y de ritmos lentos. Así mismo se introducirá la escucha el CD SuperSleep o Dreamcatcher de Hemi-Sync especialmente diseñado para entrenar el cerebro para dormir profundamente. Estos CDs tienen unos sonidos diferentes en cada oído que, poco a poco, recuerdan y entrenan al cerebro a dormir bien
- Enseñanza sobre ajustes en el ambiente. Se les enseñará a controlar otros aspectos importantes, para que a la hora de dormir se olvide los problemas de la vida y solamente se busque el descanso.
- La cama o el asiento deberá de ser cómodo, vestimenta también cómoda para que el paciente esté lo más a gusto posible intentar respirar bien y buscar la relajación desde principios de la noche.

- Los auriculares ideales para dormir deberán ser pequeños y blandos que quepan en la oreja, de estilo In-Ear, a ser posible sin cable del tipo inalámbricos o bluetooth con al menos una autonomía mínima de 8 horas para poder tener el equipo de música retirado del alcance del cuerpo, moverse con facilidad y que no les moleste.
- Se les aconsejará que eviten estimulantes durante la noche, como el café, té, chocolate y ejercicios físicos y que escuchen el CD de música en la cama con un volumen bajo, para repetir toda la noche.

4ª Sesión: 5ª Sesión, 6ª Sesión, 7ª Sesión:

Cada una de estas sesiones de musicoterapia deberá estar constituida por distintas fases (Rodríguez, 2005):

a) Caldeamiento. Es la etapa en la que el paciente se ubicará en el contexto determinado para ser llevada a cabo la actividad. Es el momento de la exploración del espacio, de los instrumentos musicales y demás materiales y recursos que utilizaremos para llevar a cabo el desarrollo de la sesión.

b) Desarrollo de la sesión. En esta etapa se llevará a cabo las actividades organizadas por la enfermera especialista en base a los objetivos planteados y a los datos recopilados sobre el paciente. Se utilizarán en audición piezas musicales elegidas en las sesiones anteriores para inducir estado de reposo y relajación del cuerpo.

En función de sus características (cultura, edad, sexo) la elección de las piezas musicales variará de cada sesión.

c) Puesta en palabra con el paciente de lo ocurrido en la sesión. Esta etapa se centrará básicamente en la relación de ayuda. La sesión se cerrará con medios no verbales como verbales.

Se recopilarán los datos de las experiencias y las vivencias experimentadas a lo largo de la sesión, así como de la puesta en práctica en casa a la hora de dormir y descansar; se les proporcionarán los auriculares de oído descritos previamente como ideales para dormir. y se les enseñará a asegurar que el volumen de la música sea el adecuado, no demasiado alto.

En todas y cada una de las sesiones durante los primeros 30 minutos se desarrollará un programa educativo musical, más tarde durante otros 30 minutos los pacientes leerán sus experiencias personales recogidas en la libreta de datos con respecto a la escucha musical, la enfermera determinará si existe el cambio que desea conseguir con dichos pacientes a la hora de dormir o descansar con la música elegida por ella en la sesión anterior, así mismo podrán opinar sobre temas musicales, gustos, preferencias, experiencias anteriores, etc. Más tarde, se escuchará durante 15 minutos la música elegida por los pacientes para ese día, a continuación durante los últimos 15 minutos se escuchará la música que la enfermera considere más beneficiosa para cumplir el objetivo de mejorar el sueño- descanso de dichos pacientes.

Se ofrecerán recomendaciones para la autoaplicación de la música en situaciones de alteración del sueño y enseñarán técnicas de autocontrol.

5.4.2 Variables Sociodemográficas de la población

- edad E
- sexo S
- nivel de estudios N
- estado civil E
- ocupación O

5.4.3 Variables Dependientes:

1. Mejora del sueño:

- número de horas de sueño N
- sueño ininterrumpido S
- tiempo de conciliación menor de 30min T

Se evaluarán los cambios a través del Cuestionario de Oviedo del Sueño.

El cuestionario de Oviedo consta de tres subescalas:

- Subescala de satisfacción subjetiva del sueño.
- Subescala de insomnio: que explora varias dimensiones, como la latencia del sueño, duración, eficiencia, disfunción diurna y proporciona información sobre la gravedad del mismo.
- Subescala de hipersomnia.

Todos los ítems se responden mediante una escala tipo Likert (el primer ítem con 7 opciones de respuesta y el resto con 5)

2. Mejora de la calidad de vida se empleará el *Cuestionario SF-36 versión española*.

Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud. Se aplicará a través de una entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático.

5.4.4 Variable de confusión:

Tratamientos con Psicofármacos o Psicológicos en el transcurso de la Intervención.

5.4.5 Tabla de Variables.

VARIABLES	MEDICIÓN	NATURALEZA
Mejora en el sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Número de horas de sueño - Sueño ininterrumpido - Tiempo de conciliación menor de 30min Cuestionario Oviedo del Sueño Entrevistas	Cuantitativa Continua
Calidad de vida	Cuestionario SF-36 (versión española)	Cuantitativa discreta
Edad	En años	Cuantitativa Continua
Sexo	Hombre/Mujer	Cualitativa Dicotómica
Nivel cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Sin estudios - Estudios Básicos - Estudios Medios - Universitarios 	Cualitativa Policotómica
Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajo -Paro/ -invalidez/ -Pensión 	Cualitativa Policotómica
Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> -Casado/ - Soltero -Viudo/ - Separado 	Cualitativa Policotómica
Preferencias musicales	Anamnesis musical de la muestra	Categórica Nominal

5.5 Recogida de datos

Se realizará en el cuaderno de recogida de datos (CRD), que contendrá todas las hojas de registros necesarios y del que dispondrá cada paciente incluido en el estudio, para posteriormente volcarlos en una base de datos unificada que se diseñará al efecto en formato Access.

Al finalizar dicha intervención se procederá a volver a citar en la consulta de enfermería a los componentes de cada grupo y a evaluar de nuevo los siguientes parámetros:

- Cuestionario de Oviedo del Sueño.
- Escala SF 36 de calidad de vida.

No se tendrán en cuenta para el análisis de los datos a los componentes del estudio que falten a dos o más entrevistas o al 20% de la sesiones de Terapia Musical.

5.6 Análisis de los datos

Análisis descriptivo:

Inicialmente se realizará una depuración de las bases de datos para detectar observaciones aberrantes. Se explorarán los datos para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos.

Posteriormente se realizará el análisis descriptivo de la muestra. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas, con los correspondientes intervalos de confianza si precisan o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos.

Este análisis se complementará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información (cuantitativa / cualitativa).

Análisis inferencial:

Para comparar información de tipo cuantitativo / numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en caso de no normalidad de la distribución de las variables la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

El nivel de significación estadística se establecerá en $p < 0.05$. El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitaciones serían:

- Habilidades o capacidades de comunicación de la enfermera especialista que realice dicha intervención (asertividad, empatía, capacidad de dirigir un grupo).
- Sesgos de selección: a pesar de que vamos a utilizar un muestreo aleatorio, la población finalmente estudiada puede no ser representativa del conjunto de la población diana.
- Sesgos de información: variabilidad a la hora de recoger los datos provenientes del paciente por parte del profesional.
- Abandono del estudio, por parte de un mayor número de participantes del esperado (>20 %).

7. PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados esperados de la investigación son aplicables e incorporaran mejoras en la práctica clínica habitual del Sistema Sanitario: dado que la falta de un sueño restaurador adecuado tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia y pueden contribuir al empeoramiento de los déficits cognitivo y dificultar una rehabilitación adecuada.

Este estudio representa un intento de cuantificar en adultos con Esquizofrenia los efectos de la intervención Musicoterapia para mejorar los resultados en el deterioro del patrón sueño-descanso a medio y largo plazo.

La sociedad científica sugiere la necesidad de investigar no existiendo estudios al respecto en las principales bases de datos, pudiendo por ello contribuir a sentar las bases sobre investigaciones futuras en la efectividad de tratamientos alternativos a los psicofarmacológicos en adultos con trastornos mentales. No se han encontrado descritas experiencias similares a las que se plantea en este estudio, los estudios consultados han sido realizados para otro tipo de diseño o para pacientes, abordajes²² y dispositivos diferentes.

La enfermera especialista en salud mental propone tras una Intervención en Musicoterapia en el deterioro del patrón sueño-descanso sobre personas con esquizofrenia de una URSM del H.U V.R evaluar la efectividad de dicha intervención comparando resultados en el grupo experimental sobre el grupo control y sobre otros datos publicados.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

El proyecto se desarrollará siguiendo en todo momento los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, y se incluirá la solicitud de consentimiento informado a todos los pacientes participantes en el proyecto. Los registros de cada paciente así como su consentimiento informado serán debidamente custodiados por el investigador principal, estando identificados únicamente por el número asignado de caso, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre). Previa a la presentación de dicho protocolo ha sido solicitada y obtenida la autorización del Subcomité Ético, perteneciente a la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Centro.

9. PLAN DE DIFUSIÓN

La difusión de los resultados ayudaría a sensibilizar y convencer a los profesionales de la importancia de los tratamientos alternativos a los

psicofarmacológicos, concienciando a los mismos acerca de la importancia y la necesidad de adoptar una actitud proactiva para su implantación en estos dispositivos de Rehabilitación de la Salud Mental.

Se pretende realizar una presentación previa del proyecto de investigación en las Jornadas de Residentes de Enfermería de Salud Mental. Se prevé poder presentar resultados parciales en el Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería de Salud Mental como comunicación oral. A la finalización del estudio se dispondría de un artículo original para su publicación en una revista de enfermería con factor de impacto alto, y en otra relacionada con la especialidad tipo Presencia.

10. DURACIÓN DEL ESTUDIO Y CRONOGRAMA

Duración del estudio: 1 año y seis meses.

Cronograma:

Etapa 1: (1 mes)

Sesiones conjuntas de los investigadores para puesta en común sobre:

- **Información general sobre el proyecto**
- **Presentación del cronograma**
- **Exposición de la metodología**
- **Reparto de tareas**
- **Calendario de reuniones**
- **Aclaración de dudas**
- **Contacto con las direcciones asistenciales, los centros y sus profesionales**

Etapa 2: (3 meses)

Durante tres meses se realizará el despistaje diagnóstico de 133 historias clínicas de pacientes con esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos, con la posterior recogida y análisis de los datos de la muestra seleccionada. Se procederá a una entrevista inicial de cada uno de estos pacientes, explicándoles el motivo de esta derivación, se les realizará valoración enfermera y se establecerá en su caso el diagnóstico NANDA de Deterioro en el patrón del sueño.

Etapa 3: (2 meses)

La enfermera especialista en salud mental recibirá formación en:

- **e**
n terapia musical (curso, profesores, literatura, etc.), y se tendrán en cuenta las condiciones que mejoran los efectos de la música, como pueden ser, la calidad del equipo de música y el nivel de sonido más cómodo para cada uno, así mismo se destacará la importancia de la cultura, los recuerdos del paciente y las experiencias personales asociadas a canciones, tipos de música, letras, melodías, etc.
- **Entrevista motivacional y en evaluación de la observación participante.**

Etapa 4: (2 meses)

- **E**
laboración y estandarización de los contenidos del programa
- **E**
laboración de los medios de apoyo gráficos
- **D**
iseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro
- **D**
iseño de la base de datos

Etapa 5: (9 meses)

- **P**
uesta en marcha del protocolo de investigación y recogida de datos

○

R

reuniones del equipo cada 3 meses para reevaluación y seguimiento del protocolo

Etapa 6: (3 meses)

- **Análisis de los datos**
- **Elaboración de los resultados y de las conclusiones**
- **Difusión de los resultados**
- **Elaboración del artículo del protocolo llevado a cabo**

CRONOGRAMA

AÑO 1	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad-1												
Actividad-2												
Actividad-3												
Actividad-4												
Actividad-5												
Actividad-6												

AÑO 2	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad-1												

Actividad-3												
Actividad-4												
Actividad-5												
Actividad-6												

Distribución de actividades entre el equipo investigador:

El investigador principal se ocuparía de la coordinación del equipo y de la custodia de todos los datos que se vayan produciendo. Controlaría que se vayan cumpliendo los plazos del cronograma y que se lleven a cabo todas las reuniones de reevaluación del protocolo

11. PRESUPUESTO ECONÓMICO

CONCEPTOS	Presupuesto Solicitado	
	AÑO 1	AÑO 2
Bienes y Servicios:		
Material científico:		
Disponible en BVSSPA		
Material fungible:		
Tóner de impresora, folios, cuadernos, CDs, impresión de poster x4	1300	1300
Formación y difusión de resultados:		
inscripciones a curso de musicoterapia,	600	
publicación en revista de alto impacto,		
inscripciones a congresos: 1 nacional,		300
1 internacional.		900
Contratación de servicios externos y arrendamiento de equipo de investigación:		
traducción del proyecto al inglés, realización de		500

encuestas, mensajería.		
Personal: el propio del equipo investigador, los profesionales y responsable de la UGC de referencia		
Viajes y Dietas: Viajes a congreso N.3 días Viajes a congreso Int. 5 días Reuniones de grupo	250	1500 2500 250
	2150	7250
TOTAL	9440€	

12. RECURSOS

El H.U. V.R dispone de personal de bioestadística especializado para el análisis de los datos.

En lo referente al medio físico será necesario disponer de una sala para grupos que esté en un lugar separado, aislado, insonorizado, agradable y atractivo para realizar la terapia musical. Además, se habilitará un despacho de consultas.

Se solicitarán cuadernos para pacientes (CRD) y enfermera, material de papelería, pinturas, lápices, equipo de música portátil con CD y discos compactos de música. Se necesitara un sonómetro para medir a los decibelios a los que se sonará la música.

El personal necesario para la realización del proyecto será de una enfermera especialistas en Salud Mental con conocimientos en terapia musical y la colaboración de los profesionales del centro, así mismo se solicitará la colaboración de los enfermeros internos residentes (EIRs) en Salud Mental que efectúen su rotación por aquel dispositivo y expresen su deseo de participar en este proyecto.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio de efectividad de esta intervención enfermera en el deterioro del patrón del sueño- descanso de pacientes con esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos podría sustentar empíricamente la implantación de programas de Musicoterapia en los diferentes dispositivos de Salud Mental, llevados a cabo por enfermeras especialistas en salud mental.

El fin último de este programa, a nivel de Psicoeducación, sería que los pacientes fueran capaces de identificar las situaciones personales cotidianas capaces de generarles alteraciones en su patrón del sueño y que conocieran la música adecuada y el método general de relajación musical que ellos mismos podrían utilizar para conseguir un sueño adecuado y reparador.

Anexo 1

A) Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por _____, de la Universidad _____. La meta de este estudio es _____

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán

codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____ . He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma

del

Participante

Fecha

B) Hoja de información para el paciente.

TÍTULO DEL ESTUDIO: **“MUSICOTERAPIA EN EL DETERIORO DEL SUEÑO DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL”**

INVESTIGADOR PRINCIPAL: M^a Encarnación Cabello Fernández. Enfermera residente de Salud Mental.

CENTRO: H.U. Virgen del Rocío (Sevilla).

INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Virgen del Rocío, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportunas.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la atención prestada por los profesionales. Si usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos, pero esta revocación no afectará a las investigaciones realizadas hasta el momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Este estudio tiene como objetivos:

- Evaluar la efectividad de una intervención basada en Musicoterapia realizada por la enfermera especialista en Salud Mental sobre el patrón sueño-descanso en pacientes con Esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos en una Unidad de Rehabilitación de Salud Mental.
- Evaluar la efectividad de una intervención basada en Musicoterapia realizada por la enfermera especialista en Salud Mental sobre la mejora de la calidad de vida, derivada ésta de la mejora del sueño.

La metodología utilizada será un estudio analítico experimental, del tipo ensayo clínico aleatorio, longitudinal y prospectivo.

La muestra la formaran los pacientes con esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos que acuden a una Unidad de Rehabilitación de Salud Mental y que presenten el diagnóstico NANDA de deterioro en el patrón del sueño. Tras valoración enfermera y revisión de historias clínicas.

Mediante sorteo se aleatorizará la muestra, formándose dos grupos de igual proporción, uno será el grupo control y el otro será el experimental el cual a lo largo de 9 meses recibirá la intervención en Musicoterapia.

Los dos grupos al aceptar participar en el estudio se comprometerán a realizar el Cuestionario Oviedo del sueño, antes del comienzo y una vez finalizada dicha intervención.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es probable que no reciba ningún beneficio personal por su participación en este estudio. En cualquier caso, los datos recogidos en el mismo podrán derivar en un mayor conocimiento sobre el tema para posibles investigaciones posteriores.

Nos hará ver si al recibir un tipo de intervención, en este caso basada en musicoterapia en personas con esquizofrenia y con un deterioro en el sueño-descanso, se mejora dicho patrón y por ende la calidad de vida en estas personas, ya que la falta de un sueño restaurador adecuado tiene un impacto negativo en la calidad de vida de estas personas con esquizofrenia y pueden contribuir al empeoramiento de los déficits cognitivo, lo que dificulta la rehabilitación adecuada.

No existen riesgos derivados de la participación en el estudio para su salud ni se verá sometido a realizar ninguna prueba complementaria.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica

15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la enfermera del estudio.

Sus datos serán tratados informáticamente y se incorporarán a un fichero automatizado de datos de carácter personal cuyo responsable es la investigadora principal del estudio, que ha sido registrado en la Agencia Española de Protección de Datos.

El acceso a su información personal quedará restringido al equipo investigador del estudio y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

ANEXO 2

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS.

Grupo:

Nombre y Apellidos:

Nº de Historia: _____

Sexo: M ___ H ___

Edad:

Diagnóstico psiquiátrico y subtipo (código CIE-10):

Tratamiento actual farmacológico:

Cumplimiento del tratamiento:

SI ___ NO ___

Otros tratamientos (psicoterapias):

Ha realizado terapia musical anteriormente:

SI ___ NO ___

Datos sobre su enfermedad:

Tiempo de evolución de la enfermedad desde el primer diagnóstico:

Nº de ingresos desde el primer diagnóstico:

Tiempo que ha pasado desde el último ingreso:

< o = 6 meses ___ > 6 meses ___

Preferencias en gustos musicales:

Estilos de música preferidos:

Grupos de música preferidos:

Solistas de música preferidos:

Canciones musicales preferidas:

¿Es una persona abierta a otros estilos de música? SI ___ NO ___

ANEXO 3

Questionario de Oviedo del Sueño

Durante el último mes

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy satisfecho
2	Bastante satisfecho
3	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para

		Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0-15 minutos
2	16-30 minutos
3	31-45 minutos
4	46-60 minutos
5	más de 60 minutos

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
3	2 veces
4	3 veces
5	más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a.....(Información clínica)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros. Especificar.

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas antes
5	Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? _____ ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? _____

1	91-100%
2	81-90%
3	71-80%
4	61-70%
5	60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento solcio-laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)?
(Información clínica)

		Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a)	Ronquidos	1	2	3	4	5
b)	Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c)	Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d)	Pesadillas	1	2	3	4	5
e)	Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?
(Información clínica)

a	Ningún día
b	1-2 días/semana
c	3 días/semana
d	4-5 días/semana
e	6-7 día/semana

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

CATEGORIAS	ÍTEMS	PUNTOS
Satisfacción subjetiva del sueño	Ítem 1	
Insomnio	Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	
Hipersomnio	Ítems 2-5, 8, 9	
PUNTUACIÓN TOTAL		

Bibliografía

- Bobes García J, González G-Portilla MP, Saiz Martínez PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema* 2000;12(1):107-12.