

La musicoterapia y la terapia de expresión corporal en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica

Esther Murow*
Claudia Unikel**

Summary

This paper describes the work done with a group of patients with chronic schizophrenia (N = 33) in an activity therapy treatment program, using music therapy and expressive movement therapy. The program lasted 14 months. The sample was divided into an experimental (n = 17) and a control (n = 16) group. Both groups had similar diagnostic and sociodemographic characteristics. Patients were evaluated before and after the treatment program, with the Therapy Intake Assessment for Psychiatric Patients (7).

The results of both groups were compared, and no significant statistical differences were found after the therapeutic intervention. Nevertheless, when individual scores for each scale of the questionnaire were analyzed (self concept, interpersonal relationships, altruism/optimism and leisure time use), a higher number of patients of the experimental group showed an increase in the scores of 3 out of the 4 of scales. Subjects of the control group increased their score in one of the scales.

During the clinical work, patients showed improvement in their social skills and interaction, and in the use of leisure time, although these changes were not shown in the Assessment Instrument. This paper proposes that adequate forms of clinical evaluation are to be used or created for music therapy and creative movement therapy interventions, so that the changes shown by the patients can be reported and therefore considered as part of a clinically successful program.

Key words: Schizophrenia, activity therapies, music therapy, expressive movement therapy, rehabilitation, mental health.

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo describir los resultados del trabajo realizado con un grupo de pacientes con esquizofrenia crónica (N = 33), en un programa de musicoterapia y expresión corporal, con duración de 14 meses. La muestra se dividió en un grupo experimental (n = 17) y otro de control (n = 16), ambos con características diagnósticas y sociodemográficas semejantes. Se valoró a los pacientes antes y después del tratamiento con el *Music/Activity Therapy Intake Assessment for Psychiatric Patients* (7).

* Musicoterapeuta. Investigador del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco 14370 México, D.F.

** Investigador de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Se compararon los resultados de ambos grupos y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas después de la intervención terapéutica. Sin embargo, al analizar las puntuaciones individuales para cada una de las escalas del instrumento (autoconcepto, relaciones interpersonales, altruismo/optimismo y ocupación del tiempo libre), se observó que un mayor número de pacientes del grupo experimental incrementaron sus puntuaciones en 3 de las 4 escalas, en comparación con los miembros del grupo control, quienes aumentaron sus calificaciones en una sola escala.

Durante el trabajo clínico, los pacientes mostraron cambios en sus habilidades de socialización, interacción con otras personas y ocupación del tiempo libre, aunque éstos no fueron registrados por el instrumento empleado. Este trabajo propone la necesidad de usar formas de evaluación adecuadas para registrar los cambios que muestran los pacientes, de manera que puedan ser reportados como parte de los resultados del programa terapéutico.

El presente artículo tiene como objetivo describir los resultados del trabajo realizado empleando la expresión corporal y la musicoterapia como técnicas terapéuticas dentro de un programa de intervenciones terapéuticas múltiples para el tratamiento y la rehabilitación de un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica. Este programa se llevó a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría a lo largo de 14 meses. Las terapias que se brindaron al grupo experimental fueron: psicoterapia individual y de grupo, intervención psicosocial, y un bloque de terapias de actividades el cual estuvo constituido por terapia recreativa, expresión corporal, musicoterapia y clase de dibujo, abarcando un total de 7 horas y media a la semana.

Palabras clave: Esquizofrenia, terapias de actividades, musicoterapia, expresión corporal, rehabilitación.

Antecedentes

El término terapia de actividades es un término relativamente nuevo y se refiere específicamente al empleo de actividades expresivo-creativas, recreativas y orientadas al trabajo, que tienen por objeto mejorar el funcionamiento psicosocial de los participantes. Las personas que lo realizan son terapeutas especializados en danza y movimiento, música, expresión plástica, ocupacionales y recreativos (20).

Este tipo de tratamiento no emplea únicamente a las actividades como instrumento terapéutico, sino que además aprovecha las interacciones de los pacientes entre sí y con el personal, así como los conflictos y los

obstáculos referentes a la vida diaria que dentro de ese contexto surgen, para utilizarlos con fines de aprendizaje dentro del contexto terapéutico.

Otro concepto básico en este tipo de trabajo, es que la convivencia de grupo y la dinámica que surge de éste, se pueden emplear para producir cambios terapéuticos (20).

Los avances en el empleo de los psicofármacos y la desinstitucionalización como consecuencia de ello, han favorecido cada vez más el empleo de tratamientos psicológicos y sociales en el manejo de los pacientes psiquiátricos. Las aproximaciones orientadas al incremento de la capacidad de *insight*, que tienen la finalidad de resolver conflictos que suponían ser la base de la sintomatología psicótica primaria, han sido reemplazados por aproximaciones orientadas a desarrollar habilidades que permitan resolver problemas que se consideran consecuencia o característica del padecimiento, tales como el mal funcionamiento social y la baja autoestima (23).

El empleo de las expresiones artísticas como recursos terapéuticos para el tratamiento de enfermedades, tanto físicas como mentales, data de tiempos inmemoriales. Se sabe que funcionaban como una expresión religiosa, como una forma de auto-expresión, así como para mejorar la comunicación interpersonal (14). Durante la Segunda Guerra Mundial surgieron las terapias artísticas. Medio siglo después, son utilizadas para intervenciones terapéuticas con niños que sufren de trastornos en el lenguaje, la comprensión y la coordinación, así como en aquellos con problemas emocionales. La introducción del arte en la terapia permite establecer un vínculo entre la persona y el mundo con menor resistencia y sin el dominio de juicios de valor, por lo que ésta puede ser diseñada para cada sujeto y para cada situación en particular (26).

Las expresiones artísticas como herramientas terapéuticas han sido utilizadas con varios grados de intensidad afectiva. Por un lado, la producción artística puede ser una manera de llenar el tiempo de pacientes aislados y de estimular los sentimientos positivos por medio del proceso creativo. Por otro lado, se han empleado con pacientes muy funcionales como técnica proyectiva para motivar el *insight*. De manera intermedia, estas técnicas terapéuticas pueden funcionar como una forma de mejorar la socialización, para proyectar la atención del paciente hacia la realidad externa, permitiendo la expresión verbal y no verbal, y facilitando el desarrollo de la realidad social para el paciente (23).

Lilley y Jackson (19), reportan que las terapias de actividades ayudan a los pacientes a mejorar su bienestar físico, sus relaciones interpersonales, y su desarrollo personal y espiritual. Hayes y cols. (16) afirman que las habilidades de socialización de los pacientes esquizofrénicos mejoran con este tipo de terapia. James y Townsley (17) mencionan que la mayor contribución de la terapia de actividades en el tratamiento de un grupo de pacientes farmacodependientes, es el incremento en su capacidad de *insight*, y la posibilidad de discutir situaciones de la vida real.

En un estudio realizado en dos centros de día que empleaban tanto terapias verbales como terapias de

actividades, se encontró que los pacientes que recibían una mayor cantidad de horas de terapias de actividades mostraron una reducción de síntomas 4 veces mayor que su contraparte que recibía más tiempo de terapia verbal. Asimismo, el grupo de terapias de actividades logró alcanzar una mayor pertenencia a la comunidad, pero su índice de recaídas fue 3.5 veces mayor. Corrigan y cols. (13) en un trabajo con un grupo de pacientes enfermos mentales describen que el grupo que participó en las actividades recreativas al compararse con los participantes en un programa conductual, redujeron en mayor medida sus conductas inadecuadas.

Diversos estudios han informado de los efectos positivos de la musicoterapia en el tratamiento de pacientes psiquiátricos. Graham (15) afirma que la musicoterapia "ofrece un elemento de la experiencia humana que la psicoterapia directa —sin importar qué tan bien se realiza— no puede brindar". En la tarea de preparar a los pacientes para reintegrarse a la comunidad, las intervenciones que se hacen en musicoterapia ayudan a reducir las conductas inapropiadas, tales como un intervalo de atención demasiado corto, la incapacidad para seguir instrucciones, y la interacción verbal y motora inadecuadas (12,28,29). Nick (21) describe el trabajo realizado con un grupo de pacientes esquizofrénicos cuyo objetivo era superar las dificultades en las áreas del lenguaje y de la vocalización, empleando instrumentos y estímulos musicales. El autor propone que la musicoterapia ofrece nuevos canales para la comunicación concreta y simbólica.

El trabajo realizado con terapias de expresión corporal utilizadas con pacientes esquizofrénicos, ha demostrado la mejoría del grado de conciencia corporal y de los límites del cuerpo, especialmente del rostro (24). Otros trabajos han mostrado su utilidad al posibilitar más allá de las defensas psicóticas, una modificación positiva en la concientización de la propia imagen del cuerpo y del cuerpo del otro, esto en pacientes con una catectización pobre, en cuerpos hiperconflictados, en personas con traumatismos corporales o cuando la comunicación verbal se ve limitada (30). Levin (18) obtuvo resultados similares en su trabajo con pacientes psicóticos en una terapia de movimiento; los pacientes que no verbalizaban, lograron mejorar sus posturas y actitudes corporales, así como la verbalización de demandas y el reconocimiento de sus deseos.

Método

El estudio consistió en comparar dos grupos de pacientes con esquizofrenia crónica en un programa de intervenciones terapéuticas múltiples. El estudio revisa el trabajo realizado en musicoterapia y expresión corporal, describe los cambios observados en los pacientes y los arrojados por el instrumento de evaluación.

Los objetivos evaluados fueron: 1. mejorar el auto-concepto de los pacientes, 2. mejorar las habilidades de socialización de los participantes, y 3. mejorar la forma como los pacientes emplean su tiempo libre.

Sujetos

La muestra quedó conformada por 33 pacientes externos con esquizofrenia crónica, definida de acuerdo con los criterios del DSM-III-R (5). En total fueron 7 mujeres y 26 hombres, con edades entre 18 y 40 años ($X = 29.3 \pm 6.3$). Los grupos se constituyeron de la siguiente manera: 1) grupo experimental (N = 17), 13 hombres y 4 mujeres, y 2) grupo control (N = 16) 14 hombres y 2 mujeres.

Los sujetos de ambos grupos fueron evaluados antes y después del tratamiento con la entrevista diagnóstica CIDI (25), a partir de los criterios clínicos del DSM-III-R (5) y del CIE-10 (22) para la esquizofrenia. Así mismo se evaluó la intensidad de los síntomas psicóticos empleando la entrevista PANSS (3,4). La asignación a cada grupo se hizo de acuerdo con el orden de registro al programa; al compromiso de asistir durante un año a tratamiento junto con un familiar, y a la estabilidad de la sintomatología al momento de iniciar las intervenciones terapéuticas.

Instrumento

Para realizar este estudio se buscó un instrumento que hubiera sido utilizado previamente en México, diseñado para evaluar este tipo de intervenciones terapéuticas con pacientes psiquiátricos y que estuviera validado y estandarizado con población mexicana. Al no encontrarse ningún instrumento que tuviera estas características, se decidió utilizar para la evaluación de los objetivos de las terapias de actividades el *Music/Activity Therapy Intake Assessment for Psychiatric Patients* (evaluación inicial para el ingreso a musicoterapia y/o terapia de actividades para pacientes psiquiátricos). Este instrumento fue creado para evaluar a los pacientes en programas de musicoterapia y/o terapias de actividades y fue construido con todos los rigores metodológicos necesarios (6,7,8). El instrumento contiene una escala de actitudes basada en medidas de autorreporte, la cual ofrece información sobre el funcionamiento psicosocial, el autoconcepto, las relaciones interpersonales y el altruismo/optimismo, y otra escala que mide la ocupación del tiempo libre.

El instrumento cuenta con 103 reactivos divididos en 4 partes: 1) evaluación de las preferencias ocupacionales (19 reactivos) calificado en una escala de 1-4: 1. no interesado, 2. interesado por aprender, 3. participación ocasional y 4. participación frecuente, 2) una sección que pregunta sobre la participación en organizaciones sociales durante el último año (19 reactivos), 3) una escala tipo Likert de 50 reactivos con un rango de respuesta de 1 a 5: nunca, rara vez, algunas veces, frecuentemente y siempre y 4) una sección en la que se señala la apariencia y comportamiento del paciente durante la entrevista (15 reactivos). Para efectos del presente estudio se emplearon en el análisis únicamente las secciones 1 y 3. La aplicación fue individual y fue hecha por los terapeutas.

Asimismo, se tomaron en cuenta las observaciones de los terapeutas durante las sesiones de trabajo.

sobre la evolución de los pacientes a lo largo del programa.

Procedimiento

El programa con duración de 14 meses, consistió de tres fases: 1) la evaluación integral de los pacientes, incluyendo la evaluación específica para el bloque de terapias de actividades, 2) la intervención terapéutica, y 3) la evaluación de las acciones terapéuticas.

El grupo experimental participó en un programa de terapias múltiples en el que además de la administración y control de fármacos, se les dio psicoterapia de grupo e individual, terapia psicosocial, un bloque de terapias de actividades, además de que sus familiares recibieron terapia grupal. Las intervenciones terapéuticas fueron: psicoterapia individual y grupal (1 hora y media a la semana), terapias de actividades: terapia recreativa (trabajos manuales, actividades deportivas, juegos de mesa, salidas en grupo, entre otras), expresión corporal, musicoterapia y dibujo (6 horas semanales en conjunto). El grupo control recibió únicamente tratamiento farmacológico y asistencia psiquiátrica.

Descripción de las actividades

1) *Expresión corporal*

La expresión corporal es una forma de expresar los estados anímicos, comunicar y traducir la vida interior a través del gesto, el sonido, la actitud, el ademán y el movimiento, sin la necesidad de alcanzar una destreza previa ni una vocación específica (27).

Los objetivos generales del trabajo de expresión corporal fueron: 1) ejercicios para conocer y desarrollar la expresividad del cuerpo y 2) realización y puesta en escena en equipos, de obras de teatro cortas. Las sesiones de hora y media de trabajo a la semana, llevaron una secuencia de 4 momentos: 1) ejercicio introductorio para lograr la integración y la concentración de los miembros del grupo, 2) ejercicios de concentración, memoria, habilidad expresiva, trabajo en parejas o grupos pequeños, 3) utilización de las habilidades básicas de movimiento (correr, saltar, girar, caminar, etc.), para realizar ejercicios creativos y 4) puesta en común o cierre, ejercicio donde se plasma la experiencia, ya sea mediante expresión plástica, escrita o verbal.

Los principales objetivos de este trabajo fueron: desarrollar la conciencia, la armonía y el dominio del cuerpo en la búsqueda de un lenguaje corporal propio, rico y creativo; adquirir conciencia y percepción del cuerpo del otro; descubrir, comprender y controlar la motricidad; crear condiciones que permitan adquirir precisión en los movimientos corporales y eliminar tensiones innecesarias; desarrollar habilidades de coordinación, equilibrio, salto, etc.; desarrollar la capacidad de imitación y de invención de movimientos, así como de trabajar individualmente, en parejas, grupos pequeños y grandes. Los conocimientos adquiridos fueron utilizados para realizar obras de teatro cortas creadas por los participantes.

Las primeras obras de teatro fueron elaboradas por los pacientes en grupos de 6 personas. Cada grupo desarrolló su propio guión, el cual incluyó la participación de un narrador que sirvió como guía de la acción de los personajes. Cada participante elaboró su propio vestuario y consiguió la utilería necesaria, mientras que la musicalización de las obras fue hecha por el terapeuta. La duración de cada una de las obras fue de 3 minutos aproximadamente.

La última etapa de trabajo consistió en la elaboración de dos obras de teatro con una duración aproximada de 10 minutos cada una. Se dividió al grupo en dos equipos, y se trabajó en la elaboración de un guión con base en una temática común propuesta por los participantes. En esta ocasión se utilizaron diálogos y se trabajó para memorizarlos. Cada participante realizó su vestuario, en equipo hicieron la escenografía para cada obra y propusieron la música adecuada. Estas obras fueron presentadas al finalizar el proyecto ante familiares y terapeutas.

2) Musicoterapia

La musicoterapia se define como "un proceso de intervención sistemática, en el cual el terapeuta ayuda al paciente a mejorar, mantener y restaurar su bienestar, a través de la música, de experiencias musicales y de las relaciones que se desarrollan a través de ellas como las fuerzas dinámicas para el cambio" (9).

El trabajo con musicoterapia se basó en las técnicas que Unkefer (28) describe para trabajar con pacientes con esquizofrenia. Se emplearon técnicas terapéuticas musicales específicas para lograr los objetivos propuestos. Estas fueron diseñadas de acuerdo con las características y las necesidades de los pacientes, tomando en cuenta la sintomatología así como las deficiencias que cada uno presenta en el área psicosocial.

Todas las técnicas de musicoterapia tenían como característica común, el estar dirigidas al trabajo enfocado a la realidad, en el *aquí* y el *ahora* y su dificultad se adaptaba a las necesidades y posibilidades de los participantes. En general, lo importante en este trabajo es el proceso que se da por medio de las actividades y no el producto musical por sí mismo.

Se realizaron actividades para: fomentar la expresión de sentimientos (canto, improvisación instrumental); incrementar la autoestima y la modificación del autoconcepto por medio de experiencias de éxito (ejercicios de imitación rítmica y liderazgo empleando instrumentos y juegos musicales); mejorar las habilidades de socialización (ejercicios de ritmo, juegos musicales, técnicas para la expresión de sentimientos de manera no verbal); fomentar el trabajo en equipo y el trabajo de grupo (ejecución de obras instrumentales y canciones para ocasiones especiales, por ejemplo en navidad; desarrollar habilidades para el empleo del tiempo libre (escuchar música); desarrollar habilidades cognitivas como la atención y la concentración (lectura y ejecución de partituras sencillas); aprender a relajarse empleando la música; aprender a elegir la música propia para

este propósito, y al mismo tiempo, a fomentar el contacto con la realidad.

Resultados

El grupo experimental (N = 17) quedó conformado por 4 mujeres y 13 hombres, con edades entre 19 y 38 años ($X = 28.6$, $DE = 5.8$). El promedio de escolaridad de los sujetos fue de 11.5 años. Todos tenían como diagnóstico principal trastorno esquizofrénico según el criterio diagnóstico utilizado. La duración promedio de la enfermedad fue de 7.5 años ($DE = 6.1$), con un rango de 2 a 25 años. El promedio en el número de diagnósticos fue de 3.1 ($DE = 2$). Los diagnósticos adicionales más frecuentes fueron agorafobia sin trastorno de ansiedad ($n = 4$), fobia social ($n = 3$) y dependencia al alcohol ($n = 3$).

El grupo control (N = 16), quedó conformado por 3 mujeres y 13 hombres, con edades entre 17 y 40 años ($X = 28.9$; $DE = 7$). El promedio de escolaridad fue de 10.8 años. Todos tenían el diagnóstico principal de trastorno esquizofrénico y un promedio de 7.5 años de duración de la enfermedad ($DE = 4.4$). El promedio en el número de diagnósticos fue de 4.5 ($DE = 2.6$). Los diagnósticos adicionales más frecuentes fueron depresión mayor con características psicóticas ($n = 6$), y síndrome orgánico cerebral ($n = 2$).

Al realizar un análisis comparativo entre ambos grupos en relación con las variables antes mencionadas, no se encontraron diferencias significativas entre ellos (cuadro 1).

Con la finalidad de conocer los resultados obtenidos con el instrumento de evaluación, se llevaron a cabo pruebas de diferencias de medias de cada una de las escalas que mide el instrumento con la prueba t de Student, comparando los resultados en la prueba posterior de ambos grupos. Este análisis no arrojó diferencias significativas (cuadro 2).

Debido a que el instrumento no mostró diferencias significativas, pero a que en la práctica se observaron cambios de comportamiento y funcionamiento en los pacientes, se procedió a analizar los porcentajes obtenidos en cada escala del instrumento por cada grupo, antes y después del tratamiento. Este análisis mostró que un mayor número de sujetos del grupo experimental mejoró sus puntuaciones al final del tratamiento en todas las escalas excepto en la de altruismo/optimismo (cuadro 3).

Discusión

Como se describió anteriormente los resultados arrojados por el instrumento de evaluación (7) no fueron estadísticamente significativos. Entre las razones que es necesario considerar para explicar este hecho se encuentran: el tamaño de la muestra, que es muy pequeña, aunque la mayor parte de los estudios sobre trabajo clínico con pacientes con esquizofrenia reportan haber trabajado con muestras aun más pequeñas (2,11). También es necesario con-

CUADRO 1
Características sociodemográficas de la muestra

	<i>Grupo experimental</i>		<i>Grupo control</i>	
	X	DE	X	DE
Edad	28.6	5.8	28.9	7.0
Escolaridad	11.5	1.5	11.5	1.4
Duración del padecimiento	7.5	6.1	7.5	4.5
Número de diagnósticos	3.1	2.0	4.5	2.6

CUADRO 2
Comparación del postest entre grupo experimental y grupo control

	<i>Grupo experimental</i>		<i>Grupo control</i>		†*
	<i>Media</i>	<i>D.E.</i>	<i>Media</i>	<i>D.E.</i>	
PRETEST					
Autoconcepto	69.47	11.64	68.38	8.44	-0.31
Socialización	61.24	8.71	61.06	6.93	-0.06
Altruismo/optimismo	51.53	8.42	49.75	8.64	-0.60
Ocupación del tiempo libre	46.35	7.79	47.94	8.41	0.56
POSTEST					
Autoconcepto	71.06	7.87	66.38	8.59	-1.64
Socialización	61.41	7.76	59.31	7.39	-0.79
Altruismo/optimismo	50.88	7.50	51.94	6.68	0.43
Ocupación del tiempo libre	48.94	7.62	47.81	8.86	-0.39

*Ninguna comparación es significativa.

siderar las incapacidades que presentan los pacientes con esquizofrenia como consecuencia del padecimiento, como son la incapacidad de comprender las preguntas, la falta de atención, de memoria, la dificultad para lograr el *insight* y para reflexionar sobre sus propias conductas y sentimientos (10).

Otro factor puede ser la falta de sensibilidad del instrumento para detectar los cambios observados en los pacientes como producto del tratamiento. Al respecto, es importante señalar la dificultad para encontrar instrumentos de evaluación que hayan sido diseñados para evaluar este tipo de intervenciones terapéuticas y que hayan sido utilizados tanto en el ámbito clínico como para la investigación y que además hayan sido empleados en nuestro país. Estos instrumentos son virtualmente inexistentes.

La ausencia de diferencias estadísticamente significativas no coincide con lo observado en los pacientes a lo largo del tratamiento. Ellos mostraron cambios importantes en su comportamiento, especial-

mente en lo que se refiere a la interacción social. Por ejemplo, en un principio no se hablaban entre ellos, no participaban en las actividades, o cuando lo hacían sus participaciones eran escuetas, producto de la presión del terapeuta. No eran capaces de trabajar en equipo y de ponerse de acuerdo para un fin de trabajo común. Posteriormente, participaban voluntariamente, decían qué actividades preferían realizar y sus aportaciones al grupo eran más personales. A lo largo del programa mostraron mayor confianza en ellos mismos y más habilidad para pedir la satisfacción de sus necesidades afectivas, para expresar sus sentimientos y tomar iniciativas. Eran capaces de esperar su turno para participar, e incluso de confrontar a sus compañeros en el manejo inadecuado que ellos hacían de sus conflictos. Asimismo, algunos pacientes parecían tener cada vez más claro cuáles eran las áreas de su funcionamiento personal que más problemas les causaban y en cuáles deberían trabajar.

CUADRO 3
Porcentaje de pacientes que mejoraron sus promedios en las escalas del instrumento de evaluación

	<i>Grupo experimental</i> <i>Mejor %</i>	<i>Grupo control</i> <i>Mejor %</i>
Autoconcepto	52.9	31.3
Socialización	52.9	31.3
Altruismo/optimismo	35.3	56.3
Ocupación del tiempo libre	70.6	37.5

Las áreas en las que ellos pedían mayor apoyo era en las formas de emplear el tiempo libre, ya que se veían ante la dificultad de poder tomar iniciativas propias para realizar otras actividades, y sobre todo en la búsqueda de una actividad laboral.

Como consecuencia de este trabajo es posible concluir que los pacientes de este grupo se beneficiaron de este programa de intervenciones terapéuticas múltiples, en el que se trabajó de manera prioritaria, las áreas emocional y social.

Es indispensable considerar en el trabajo del clínico/investigador, los cambios que presentaron los pacientes y que no son medibles por los instrumentos utilizados, y proponer una manera de informar los cambios cualitativos observados y no desecharlos por el hecho de no ser medibles por los instrumentos objetivos, y además, emplearlos para generar nuevas investigaciones (1). Asimismo, es necesario desarrollar instrumentos cuantitativos más específicos y sensibles para medir los cambios producidos por el tratamiento de las terapias de actividades.

Es importante hacer notar que por el diseño del proyecto general, es difícil atribuir a una u otra modalidad terapéutica los cambios vistos en los participantes. Los resultados de este trabajo indican la necesidad de seguir investigando en este campo, tanto en el empleo de las terapias de actividades y artísticas, específicamente la musicoterapia y la terapia de expresión corporal en el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia, ya que su uso en México y la investigación relacionada con éstas es muy incipiente, y sus beneficios no son todavía conocidos ni reconocidos.

Agradecimientos

Agradecemos a la doctora Rosa L. Díaz Martínez, a las psicólogas Gabriela Santos Torres, Yolanda Montoya Velázquez, Marcela Tiburcio Sainz, Susana Urquiza Almanza, y a la señora María Eugenia Silva y de Larrea, por su apoyo y colaboración en este proyecto.

REFERENCIAS

1. AIGEN K: The role of values in qualitative music therapy research. En: Langenberg M, Aigen K, Frommer J (ed). *Qualitative Music Research. Beginning dialogues*. Publishers. NH, Barcelona 1996.
2. ALDRIDGE D: Music therapy research: I A review of the medical research literature within a general context of music therapy research. Special issue: Research in the creative arts therapies. *Arts in Psychotherapy*, 20(1):11-35, 1993.
3. ANDREASEN NC, OLSEN S: Positive and negative schizofrenia definition and validation. *Arch Gen Psychiatry*, 39:789-794, 1982.
4. ANDREASEN NC: Scale for the assessment of negative and positive symptoms (SPAS). University of Iowa, 1984.
5. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA: *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales*. Masson Editores Barcelona, 1987.
6. BRASWELL C, BROOKS DM, ANTHONY A, PHY T. Development and implementation of a Music/Activity Therapy Intake Assessment for Psychiatric Patients: I. Initial standarization procedures on data from university students. *J Music Ther Sum*, 20(2):88-100, 1983.
7. BRASWELL C, BROOKS DM, DEQUIR AA, HUWHREY T, JACOBS KW, SUTTON K: Development and implementation of a music/activity therapy intake assessment for psychiatric patients. Part II: standarization procedures on data from psychiatric patients. *J Music Ther*, XXIII(3):126-141, 1986.
8. BRASWELL C, MARANTO C, DEQUIR A: A survey of clinical practice in music therapy. Part I. *J Music Ther*, 16(1):2-16, 1979.
9. BRUSCIA K: *Defining Music Therapy*. Spring House Books, Spring 1989.
10. CASTILLA DEL PINO C, RUIZ JM, y cols: *Aspectos Cognitivos de la Esquizofrenia*, Editorial Trotta. Madrid, 1991.
11. CHUN KA, DAVIDSON HA: Examining the affect of chronic schizophrenic male patients towards three occupational therapy activities. *Occupational Therapy in Mental Health*, 7(4):81-97, 1987.
12. COOK M, FREETHY M: The use of music as a positive reinforcer to eliminate complaining behavior. *J Music Ther*, 10(4):213-216, 1973.
13. CORRIGAN PW, LIBERMAN RP, WONG, SE: Recreational therapy and behavior management on inpatient units: Is recreational therapy therapeutic. *J Nerv Ment Dis*, 181(10):644-646, 1993.
14. FEDER E, FEDER B: *The Expressive Arts Therapies. Art, Music and Dance as Psychotherapy*. Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, 1981.
15. GRAHAM R: Music therapy: The state of the field. *NAPPH Journal*, 11(2):32-39, 1980.
16. HAYES RL, HALFORD WK, VARGHESE FN: Generalization of the effects of activity therapy and social skills training on the social behavior of low functioning schizophrenic patients. *Occup Ther Ment Health*, 11(4):3-20, 1991.
17. JAMES MR, TOWNSLEY RK: Activity therapy services and chemical dependency rehabilitation. *J Alcohol Drug Educ*, 34(3):48-53, 1989.
18. LEVIN E: *La Clínica Psicomotriz. El Cuerpo en el Lenguaje*. Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires, 1991.
19. LILLEY J, JACKSON LT: The value of activities: Establishing a foundation for cost-effectiveness: A review of the literature. *Activities Adaptation Aging*, 18(1):49-64, 1993.
20. MOSEY AC: *Activity Therapy*. Raven Press: Nueva York, 1979.
21. NICK E: Musicoterapia: estatutos preliminares de una nova tecnica musicoterapica para pacientes esquizofrenicos. *J Bras Psiquiatr*, 36(3):185-188, 1987.
22. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Meditor, Madrid. 1992.
23. POTOCKY M: An art therapy group for clients with chronic schizophrenia. *Social Work with Groups*, 16(3):73-83, 1993.
24. QUIDU MI, TABARY C: Un groupe d'expression corporelle: depersonalisation par le maquillage. *Ann Med Psychol*, 139(4):409-421, 1981.
25. ROBBINS LN: The Composite Intemational Diagnostic Interview. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1069-1077, 1990.
26. STERN R: Many ways to grow: Creative art therapies *Pediatr Ann*, 18(10):645-652, 1989.
27. STOKOE P: *La Expresión Corporal y el Niño*. Ricordi Americana. Buenos Aires, 1967.
28. UNKEFER RF: *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Health disorders*. Schirmer Books, Nueva York, 1990.
29. WILLIAMS G, DOROW L: Changes in complaints and noncomplaints of a chronically depressed psychiatric patient as a function of an interrupted music/verbal feedback package. *J Music Ther*, 20(3):143-155, 1983.
30. YELNIK C: Le corps pour le psychotique: un espace à réinvestir. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXI(2):589-606, 1988.