

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

LA EFICACIA DE LA MUSICOTERAPIA ANTE LA ANSIEDAD Y EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD

ESTUDIO CUASIEXPERIMENTAL

Anna Giménez-Castells^a, Jordi-Angel Jauset-Berrocal^b, Diana Sastre-Ten^c

a Máster en Musicoterapia (Universidad de Barcelona). Escuela de Artes Musicales Luthier (Barcelona, España).

b Doctor en Comunicación (Universidad Ramon Llull-Blanquerna, Barcelona, España).

c Máster en Musicoterapia (Universidad de Barcelona). Fundación Astres (Santa Coloma de Farners, Girona, España)

Resumen

La ansiedad y el sentimiento de soledad son estados emocionales que las personas pueden experimentar con mayor o menor intensidad. Además de las terapias farmacológicas no curativas, la musicoterapia viene asentándose en los últimos años como una terapia eficaz para paliar estos trastornos evitando que se vuelvan crónicos y deriven en diversas patologías. Este estudio de investigación cuasiexperimental evalúa la eficacia de las técnicas de musicoterapia en la mejora de los trastornos mencionados en personas que experimentan situaciones emocionales difíciles de gestionar por diversas circunstancias. Un total de 31 personas (28 mujeres y 3 hombres, con edad mediana de 45,6 años) reciben sesiones semanales de musicoterapia de 1 hora de duración, durante 10 semanas. En la primera y última sesión de cada período, se auto administran las escalas de ansiedad de Hamilton (HAS) y de soledad (Universidad de California Los Angeles, UCLA) lo cual permite conocer su evolución durante el tratamiento recibido. En total, se halla que un 74% y un 77% de los participantes han mejorado, respectivamente, en los trastornos de ansiedad y de soledad, obteniéndose en promedio, una reducción del 27% y del 16% aproximadamente de las puntuaciones iniciales antes del tratamiento.

Palabras clave: Ansiedad; soledad; musicoterapia; emociones; test de Hamilton; escala de soledad UCLA.

The effectiveness of music therapy on anxiety and the feeling of loneliness: quasi-experimental study

Abstract

Anxiety and the feeling of loneliness are emotional states that individuals may experience with greater or lesser intensity. Besides non-curative pharmacological therapies, music therapy has been settling in recent years as an effective therapy to ease these disorders preventing them from becoming chronic and lead to various pathologies. This quasi-experimental research study assesses 31 individuals (28 women and 3 men, with an average age of 45,6) that receive weekly one-hour music therapy sessions during 10 weeks. In the first and the last session of each period they self-administer the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) and UCLA Loneliness Scale which allows to know their evolution during the treatment. The results show that a 74% and a 77% of the participants experienced a significant reduction of the initial disorders, obtaining on average, a reduction of 27% and 16% of the scores initially assigned.

Keywords: Anxiety; loneliness; music therapy; emotions; Hamilton Rating Scale; UCLA Loneliness Scale.

ECOS, Revista Científica de la Asociación Argentina de Musicoterapia. ISSN 2545-8639

<http://asamdifusion.wixsite.com/musicoterapia/ecos->

ECOS es una publicación de ASAM (www.musicoterapia.org.ar)

Recibido: 2/2/2018

Aceptado: 3/5/2018



1. Introducción

La ansiedad es una experiencia que puede considerarse universal. Tener ansiedad ante según qué situaciones es un hecho absolutamente normal. Se trata

de una emoción natural, experimentada de manera desagradable, que mantiene algunas similitudes con otras reacciones emocionales como son la alegría, la tris-

teza y el miedo. Algunos estudios defienden que la ansiedad depende de la susceptibilidad individual y que las mujeres, por sus características diferenciadas respecto a los hombres, son las que habitualmente obtienen mayores puntuaciones en los test de ansiedad (Cano, 2004).

Esta emoción surge cuando el individuo percibe una amenaza, con posibles consecuencias negativas que pueden comprometer su integridad física o psicológica. En estas circunstancias, el sistema nervioso activa un mecanismo defensivo de huida o lucha que involucra al sistema nervioso simpático y parasimpático (Paula-Pérez, 2013). Se produce, entre otros, un incremento hormonal de adrenalina y noradrenalina en el sistema circulatorio, aumenta el ritmo respiratorio, se tensan los músculos, sucediéndose una serie de cambios fisiológicos hasta que el sistema nervioso parasimpático consigue restablecer el equilibrio y la normalidad después de haber experimentado una tensión extrema y haber consumido mucha energía.

2. Antecedentes

En general, los estudios realizados sobre la ansiedad se han dirigido más hacia las mujeres que a los hombres. Históricamente, la mujer ha sido considerada el sexo débil y ello ha podido acentuar

la creencia de que posee una mayor tendencia a la ansiedad, debido a la sumisión y represión a la que ha estado sometida. En cambio, culturalmente, el hombre ha representado el sexo fuerte no expresando su fragilidad o debilidad, aunque pueda experimentarla. Pero la realidad es que ninguno de los dos sexos se halla fuera de las exigencias sociales que limitan y repriman sus conductas y creencias (Serrano-Barquín, Rojas-García, Ruggero & López-Arriaga, 2015).

Una de las situaciones que favorece la aparición de la ansiedad es el hecho de estar hospitalizado. *“La enfermedad implica cambios en el entorno como son la separación familiar, la reubicación en un lugar desconocido, la pérdida de habilidades previamente adquiridas, el miedo al dolor y a ser dañado. Estos cambios producen ansiedad en el paciente”* (Sepulveda-Vildósola, Herrera-Zaragoza, Jaramillo-Villanueva & Anaya-Segura, 2014, p.S50).

Esta afirmación, que los autores citados refieren a los niños enfermos de cáncer, puede extrapolarse a cualquier individuo independientemente de su edad y de la enfermedad que padezca.

En el ámbito médico hay una tendencia a diagnosticar mediante términos tales como trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social,

etc. Pero estas etiquetas diagnósticas pueden ser contraproducentes y acaban patologizando innecesariamente a las personas. Los fármacos que suelen recetarse, como los ansiolíticos, reducen los síntomas rápidamente, pero la causa continúa existiendo porque el individuo no ha aprendido (pues no se le ha enseñado) a controlar la ansiedad. De esta manera, el aumento de tranquilizantes facilita que esta emoción negativa devenga crónica.

El ser humano dispone de recursos propios para gestionar sus emociones y su crecimiento personal. Es una capacidad innata, clave para su tratamiento y recuperación, aunque poco conocida, pues lo habitual es que no se enseñe a utilizarla sino más bien a crear una dependencia externa, con más o menos fármacos, que en realidad limita su libertad. Hoy en día se ha evidenciado que la música es un medio, una herramienta, con la potencia y posibilidades de facilitar este proceso de crecimiento y de gestión de las emociones. Con técnicas específicas de musicoterapia se acompaña y se acoge a las personas para que contacten con sus emociones, en un entorno cálido, de respeto y de seguridad (Poch, 2001). Asimismo, diversos estudios han concluido que la musicoterapia ayuda a reducir la ansiedad en una gran

diversidad de casuísticas: pacientes con cáncer y sus cuidadores (Loewy, 2007); pacientes pediátricos (Loewy, MacGregor, Richards & Rodríguez, 1997); pacientes con infarto de miocardio (Bolwerk, 1990); antes y durante una colonoscopia (Chan, Lee, Ng, Ngan & Wong, 2003); en procedimientos gastrointestinales (Hayes, Buffam, Lanier, Rodhal & Sasso, 2003) y procesos pre-operatorios (López-Cepero et al., 2004, Jauset-Berrocal, 2013); en pacientes que han sufrido una apoplejía (Dong et al., 2011); en personas con problemas neurológicos (Magee, 2002), psiquiátricos (Ae-Na, Myenng & Hyun-Ja, 2008) y afectados por la enfermedad de Alzheimer (Guétin et al., 2009). La musicoterapia contribuye, también, a la rehabilitación funcional y cognitiva de pacientes que han sufrido daños cerebrales, siendo principalmente activa en los desórdenes de ansiedad, de depresión y agitación (Guétin, Soua, Voirot, Picot & Herisson, 2008).

3. Propósitos

En la praxis de quien diseñó el estudio y realizó las entrevistas a los participantes y a los profesionales que derivan a personas con emociones difíciles de gestionar, coincidía el sentimiento de soledad y la ansiedad como indicadores más recurrentes. En este sentido, se

consideró adecuado utilizar las escalas de ansiedad de Hamilton (HAS) y de soledad UCLA (Universidad de California Los Angeles), como instrumentos validados para evaluar las posibles mejoras emocionales aportadas por las sesiones de musicoterapia recibidas.

En el presente estudio se evalúan los niveles de ansiedad que sufren personas que no están hospitalizadas, pero que la experimentan a causa de diversos factores personales, familiares y psicosociales así como los sentimientos de soledad generados por su situación vital.

A partir de los resultados o datos iniciales podrá valorarse, después de la evaluación final, la potencialidad o efectividad de la musicoterapia como herramienta para aprender a gestionar estas dificultades emocionales, incidiendo en la idea de que la música actúa como un estimulador específico o reforzador del estado de ánimo que puede ser utilizada por cualquier individuo, independientemente de la edad, como un autoregulador emocional.

Por otro lado, el sentimiento de soledad, que forma parte de este estudio, se define como una experiencia desagradable producida cuando la red social de un individuo es deficiente de forma significativa en calidad o cantidad, y este hecho se asocia a sentimientos negativos

(Russell, 1966). Una de las pioneras en analizar este estado fue la doctora Frieda Fromm-Reichmann (1959) quién llegó a la conclusión de que sentirse solo era algo subjetivo, una cuestión de expectativas. No se trata de si uno mismo está realmente aislado, sino de si se siente aislado. Este sentimiento afecta físicamente y mentalmente a la salud de las personas. Además, está relacionada con la depresión, la ansiedad, la baja calidad de vida, la degeneración cognitiva y una disminución de la esperanza de vida (Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan & Winblad, 2000; Jakobsson & Hallberg, 2005; Tilvis, Pitkälä, Jolkkonen & Strandberg, 2000).

4. Fundamentación

Las personas más vulnerables a experimentar el sentimiento de soledad son los adolescentes y las personas mayores. Los investigadores Karapetsas y Laskaraki (2015), en su estudio basado en adolescentes y gente adulta, afirman que la música puede actuar como un regulador del estado de ánimo, mejorando el estado general de la persona que se siente sola. Las experiencias musicales afectan al estado emocional alteando su estado de ánimo. La música tiene la capacidad de mantener, modificar y mejorar el humor, al mismo tiempo que

proporciona consuelo a la persona, como si se tratara de un amigo. La simple escucha de música es también efectiva para regular el estado de ánimo, relajarse y autorregularse emocionalmente. Vermaak (2003) concluye, en base a su experiencia y estudios, que la musicoterapia ayuda a reducir los sentimientos de soledad en personas adultas.

La bibliografía que se cita a lo largo del estudio es una muestra de las evidencias que existen acerca de los efectos positivos de la musicoterapia, en diferentes colectivos y situaciones, que avalan el objetivo de esta investigación. Como afirman Sheibani, Pakdaman, Dadkhah y Reza (2010), la escucha de música se puede utilizar como una solución para reducir los síntomas de la depresión en gente adulta y, de la misma manera, puede disminuir el sentimiento de soledad. Aun así, los resultados son distintos en función del género pues demuestra ser más efectiva en mujeres, colectivo mayoritario del presente estudio.

La dificultad que se nos presenta, y que probablemente da relevancia a este estudio, es la escasa bibliografía sobre cómo la música, en general, y la musicoterapia en particular, influyen positivamente en aquellas personas que sufren ansiedad sin estar hospitalizadas y que experimentan sentimientos de soledad

sin estar diagnosticadas de depresión.

5. Objetivos

En síntesis, los principales objetivos de este estudio pueden resumirse en los siguientes:

- Conseguir liberar tensiones mediante la escucha de música.
- Desarrollar capacidades para cantar y para tocar instrumentos con el fin de favorecer estados de relajación.
- Trabajar la creatividad, la imaginación, la capacidad de encontrar nuevas soluciones y de improvisar.
- Aumentar la capacidad de escuchar y expresar sentimientos internos.
- Mejorar las habilidades sociales.

La humanidad ha utilizado la música ancestralmente para divertirse, bailar, llenarse de energía, relajarse, suplir carencias, cohesionarse, acercarse a la espiritualidad a través de rituales, para expresar dolor con las marchas fúnebres, ternura con las nanas, amor con las canciones románticas, coraje con las danzas guerreras, etc. Según Jauset-Berrocal (2010), la música nos ayuda a vivir con todos los sentidos, estimula las emociones, enaltece la vida y le da sentido. A su vez, la musicoterapia, con sus técnicas específicas, tiene como objetivo recuperar esta esencia ancestral, mejorando la

calidad de vida, en el marco del método científico aplicado a la terapia y a la salud.

6. Método

Durante los últimos tres años, el espacio musicoterapéutico *Temps de Sons* ha llevado a cabo un estudio en Santa Coloma de Farners (La Selva, Girona), con el objetivo de analizar la eficacia de las técnicas de musicoterapia ante la ansiedad y los sentimientos de soledad en personas que viven situaciones emocionales difíciles de gestionar: personas que habían sufrido una pérdida, con situa-

ciones y relaciones familiares complejas, con estados depresivos y afectados de fatiga crónica, entre otros.

6.1 Participantes.

El grupo total estaba formado por 37 personas, divididas en cuatro grupos, de las cuales 31 estuvieron correctamente evaluadas. En la tabla 1 se muestra la segmentación por edad y género.

Se dedicó, a cada grupo, un total de 10 sesiones de una hora de duración con la frecuencia de una sesión semanal.

Tabla 1 – Distribución por género y edad del colectivo analizado

	Año 2015	Año 2016	Año 2017	TOTAL
Total personas	11	14	6	31
Hombres	1	2	0	3
Porcentaje Hombres	9,09%	14,29%	0,00%	9,68%
Mujeres	10	12	6	28
Porcentaje Mujeres	90,91%	85,71%	100,00%	90,32%
Edades (años)	17 a 71	18 a 67	19 a 57	17 a 71
De 17 a 40 años	18,18%	42,86%	33,33%	32,36%
De 41 a 55 años	63,64%	28,57%	50,00%	45,16%
Más de 55 años	18,18%	28,57%	16,67%	22,58%
Edad mediana (años)	47,64	44,43	44,83	45,65
Desviación típica (años)	15,63	15,20	13,15	15,49

6.2 Herramientas e instrumentos de evaluación

En musicoterapia se distingue entre las técnicas activas, en las que se pide participación e implicación, y las técnicas receptoras, en las que la participación es pasiva. Como técnicas activas se utilizaron la canción de entrada, improvisaciones instrumentales, percusión corporal y canto. En cuanto a técnicas receptoras se incluyeron la audición y la relajación al final de las sesiones.

Se utilizaron instrumentos musicales de percusión (maracas, triángulos, huevitos, cascabeles y pequeños tambores), instrumentos que imitan el sonido de la naturaleza (trueno, tambor oceánico, palo de la lluvia y ranitas de madera), de relajación (flautas nativas americanas, tambura corporal, sánsula y didgeridoo) y de acompañamiento (guitarra y carillón).

Las escalas psicométricas estandarizadas y adecuadamente validadas que se utilizaron fueron la escala de Soledad de la Universidad de California Los Ángeles (UCLA) y el Test de Ansiedad de Hamilton (HAS). La observación y comparación de los valores aportados por cada una de dichas escalas al inicio y

final del tratamiento podrán sugerir si ha existido o no mejora, con las limitaciones propias que se citan en las conclusiones.

Los valores máximos de las escalas utilizadas son de 56 puntos (máxima ansiedad, escala HAS) y 40 puntos (máxima sensación de soledad, escala UCLA), que se obtendrían al otorgar la mayor puntuación a cada una de los ítems de los cuestionarios, tal como puede desprenderse de la observación en los mismos (ver Anexo).

6.3 Procedimiento.

El diseño utilizado en esta investigación es el denominado cuasiexperimental, dado que los distintos participantes no podían ser elegidos aleatoriamente de una población determinada sino a partir de aquellas personas que voluntariamente se inscribían para recibir el tratamiento. No existe, por tanto, grupo control sino que es la misma muestra de personas, no aleatoria, la que es evaluada al principio y al final de las 10 semanas de tratamiento, observando su evolución (positiva o negativa) de los niveles de ansiedad y de soledad detectados.

7. Resultados

En la tabla 2 se exponen las puntuaciones alcanzadas por todos los participantes al inicio y al final del tratamiento, mostrándose en las figuras 1 a 8 las puntuaciones individuales. Las más elevadas se correlacionan con un mayor nivel de ansiedad y de soledad, y las más bajas, con menores niveles.

Tabla 2 - Resultados de las puntuaciones de los 31 participantes

ANSIEDAD INICIO (HAS1)	ANSIEDAD FINAL (HAS2)	SOLEDAD INICIO (UCLA1)	SOLEDAD FINAL (UCLA2)
32	20	39	32
25	16	32	27
5	15	37	15
6	6	32	35
20	39	35	34
28	25	27	20
20	11	28	26
28	17	28	28
25	17	30	30
30	8	30	29
42	21	40	32
16	13	27	20
28	42	39	35
26	29	38	22
23	13	29	22
19	9	31	34
15	11	34	35
31	13	26	23
44	18	32	25
18	10	24	26
32	17	30	26
16	16	20	8
17	11	37	30
36	16	38	24
19	23	19	29
27	10	29	27
34	14	27	20
35	26	25	21
36	44	47	32
14	11	30	25
17	15	34	30

Nota: Puntuaciones obtenidas al inicio y al final del tratamiento en las escalas HAS y UCLA

Tabla 3 Valores medios de las puntuaciones iniciales y finales

Puntuación	ANSIEDAD INICIO (HAS1)	ANSIEDAD FINAL (HAS2)	SOLEDAD INICIO (UCLA1)	SOLEDAD FINAL (UCLA2)
Valor medio	24,65	17,94	31,42	26,52

Según observamos en la tabla 2, un total de 23 de los 31 participantes (74%) muestran una disminución de las puntuaciones finales de la ansiedad y 24 (77,5%) de una disminución de las puntuaciones de la soledad. De los valores promedios, que se muestran en la tabla 3, se deduce que las reducciones son de un 27,23% en la escala de ansiedad y de un 15,61% en la escala de soledad.

Otras observaciones, derivadas de las puntuaciones individuales, se comentan a continuación a partir de las figuras 1 a 8:

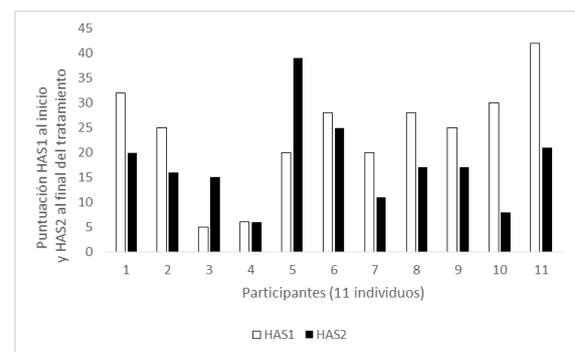


Figura 1. Resultados ansiedad (año 2015)

Ocho de los once participantes (un 72,72%) experimentaron niveles inferiores de ansiedad al final del tratamiento, con relación a su estado inicial. Dos de ellos, el 18,18%, mostraron un mayor nivel y, hubo un caso (un 9% de los participantes), en el que la valoración final fue idéntica a la inicial.

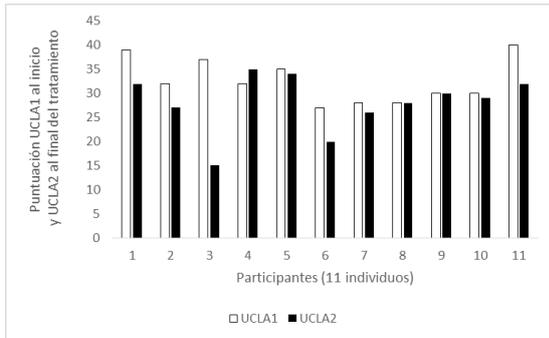


Figura 2. Resultados soledad (año 2015)

Ocho de los once participantes (un 72,72%) experimentaron niveles inferiores de ansiedad al final del tratamiento, con relación a su estado inicial. Uno de ellos (un 9% de los participantes) mostró un mayor nivel y, en dos casos (un 18,18%) la valoración final fue idéntica a la inicial.

En el año 2016, se trataron 2 grupos, uno en primavera y otro en otoño:

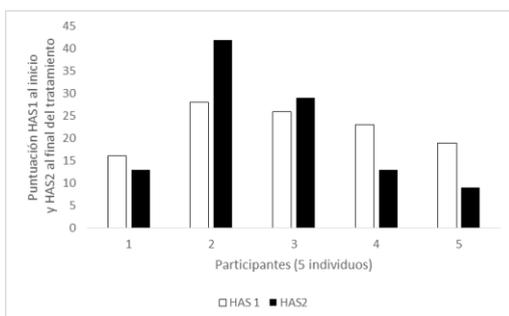


Figura 3. Resultados ansiedad (1º grupo año 2016)

Tres de los cinco participantes (un 60%) redujo sus valores iniciales y dos de ellos (un 40%) los incrementó.

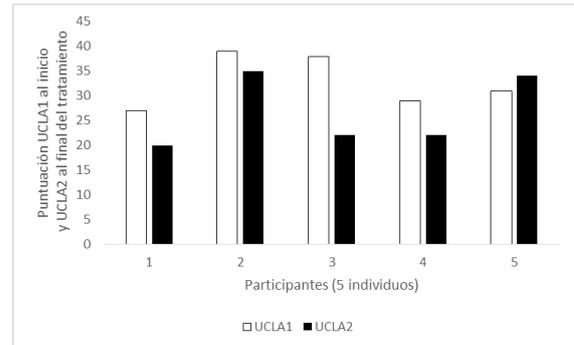


Figura 4. Resultados soledad (1º grupo año 2016)

Cuatro de los cinco participantes (un 80%) experimentaron niveles inferiores de ansiedad al final del tratamiento, con relación a su estado inicial, y uno de ellos (un 16,66%) incrementó ligeramente su estado inicial.

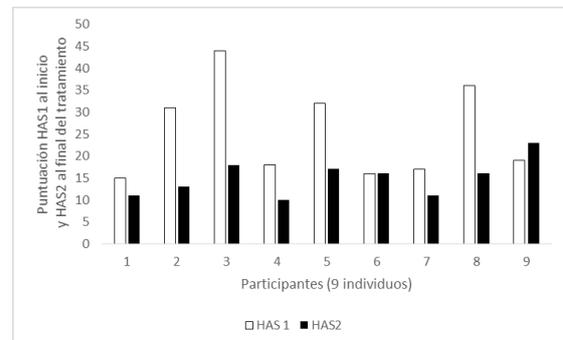


Figura 5. Resultados ansiedad (2º grupo año 2016)

Siete de nueve participantes (un 77,77%) experimentaron niveles inferiores de ansiedad al final del tratamiento, con relación a su estado inicial. Uno de ellos (un 11,11%) mostró un ligero mayor nivel y, otro (un 11,11%) obtuvo una valoración final similar a la inicial.

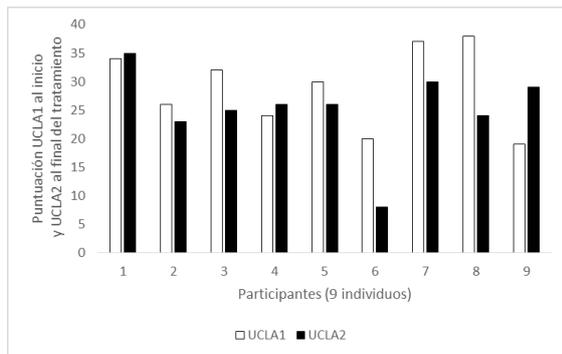


Figura 6. Resultados soledad 2º grupo (año 2016)

Seis de los nueve participantes (un 66,7%) experimentaron niveles inferiores de ansiedad al final del tratamiento, con relación a su estado inicial y tres de ellos (un 33,3%) lo incrementaron.

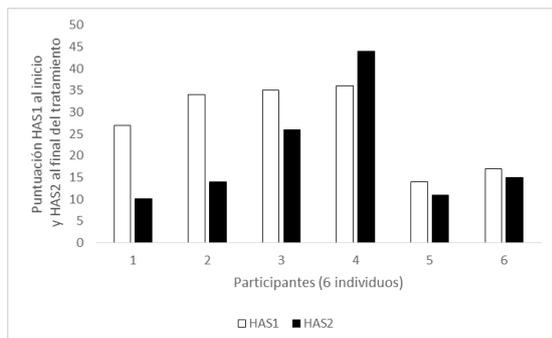


Figura 7. Resultados ansiedad (año 2017)

8. Discusión

Analizando los resultados anteriores podemos efectuar las siguientes observaciones:

La reducción que experimentan las escalas de ansiedad y soledad, en un elevado porcentaje de las personas, se

Solamente uno de los seis participantes (16,66%) mostró un nivel superior de ansiedad al finalizar el tratamiento. Los restantes (83,33%) disminuyeron sus niveles con relación a su situación inicial.

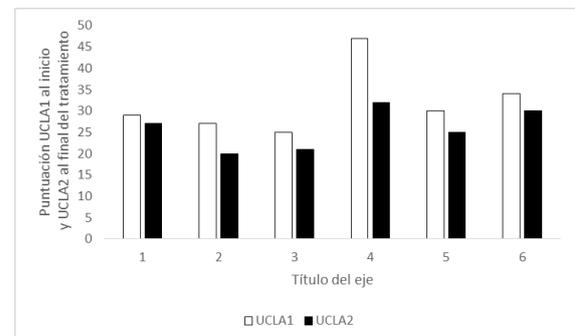


Figura 8. Resultados soledad (año 2017)

En este caso, todos los participantes (100%) redujeron las puntuaciones de la escala de soledad indicando una mejora de la misma al final del tratamiento.

traduce en una mejora general de su nivel de bienestar. Se observa una mayor disminución en el trastorno de ansiedad que en el de soledad. En algún caso particular, se produjeron incrementos de las puntuaciones, lo cual apuntaba a un empeoramiento del estado. Analizadas las posibles causas, en estos casos parti-

culares, se constató que fueron debidas a vivencias adversas que dichas personas habían experimentado durante la etapa final. Ello pudo constatarse mediante entrevistas posteriores con las personas afectadas.

Los resultados del estudio no son generalizables dado que es un diseño cuasiexperimental, no aleatorio, y por lo tanto no es posible calcular su error muestral ni inferir los resultados a la población general con un determinado grado de confianza. Sin embargo, los resultados sí son válidos para la muestra o grupo analizado y pueden servir de referencia para nuevos estudios que mejoren las limitaciones del expuesto.

Posibles mejoras a introducir, en futuras intervenciones para optimizar los resultados serían: revisar la metodología aplicada así como un aumento del número de sesiones, intentar que la asistencia sea constante en todas las sesiones y conseguir más rigor en la autoadministración de las escalas para conservar la calidad de los datos cuantitativos. Con un mayor número de sesiones podría añadirse una evaluación intermedia que permitiera observar la progresión o no de las variables con la posibilidad de analizar, en su caso, los

distintos motivos o factores que pudieran influir en ello.

Finalmente, cabe recalcar que la música, en este contexto terapéutico, como herramienta de lenguaje no verbal, y mediante técnicas de musicoterapia, ha llevado a cabo un trabajo grupal con diferentes problemáticas. La música, por su capacidad de influir sobre estados emocionales, ha ayudado a modificar el malestar hacia sensaciones más agradables. Las técnicas empleadas, propias de la musicoterapia, han permitido la expresión de emociones intensas y variadas de manera socialmente aceptada, a menudo sin la necesidad de usar palabras, siendo esto una ventaja, especialmente en las fases iniciales cuando todavía no hay confianza con el grupo y la terapeuta. Los diferentes ejercicios aplicados han facilitado una forma de expresión emocional que ha resultado satisfactoria según los resultados indicados anteriormente.

Agradecimientos

Los autores quieren manifestar su agradecimiento al Grup Associat pels Serveis de Salut (GASS) y al Ayuntamiento de Santa Coloma de Farners (Girona, España).

Referencias

- Ae-Na, C., Myenng, L., y Hyun-Ja, L. (2008). Effects of Group Music Intervention on Depression, Anxiety, and Relationships in Psychiatric Patients: A Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(5), 567-570. doi: 10.1089/acm.2008.0006
- Bolwerk, C.A. (1990). Effects of relaxing music on state anxiety in myocardial infarction patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 13(2), 63-72.
- Cano, A. (2004). *La ansiedad: claves para vencerla*. Málaga, España: Arguval.
- Chan, Y., Lee, P., Ng, T., Ngan, H., y Wong, L. (2003). The use of music to reduce anxiety for patients undergoing colonoscopy: A randomized trial. *Gynecologic Oncology*, 91(1), 213-217. doi: 10.1007/s10620-008-0312-0
- Dong, K., Yoon, P., Jung, C., Sang-Hee, I., Kang, J., Young, C., Chul J., y Yeo, Y. (2011). Effects of Music Therapy on Mood in Stroke Patients. *Yonsei Medical Journal*, 52(6), 977-981. doi: 10.3349/ymj.2011.52.6.977
- Fratiglioni, L., Wang, H.X., Ericsson, K., Maytan, M., y Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355(9212), 315-319. doi:10.1016/S0140-6736(00)02113-9
- Fromm-Reichmann, F. (1959). Loneliness. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 22, 1-15. doi: 10.1080/00332747.1959.11023153
- Guétin, S., Portet, F., Picot, M.C., Pommié, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., Olsen, A.L., Cano, M.M., Lecourt, E., y Touchon, J. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28, 36-46.
- Guétin, S., Soua, B., Voiriot, G., Picot, M.C., y Herisson, C. (2008). The effect of music therapy on mood and anxiety-depression: an observational study in institutionalised patients with traumatic brain injury. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52, 30-40. doi: 10.1159/000229024
- Hayes, A., Buffam, M., Lanier, E., Rodhal, E., y Sasso, C. (2003). A music intervention to reduce anxiety prior to gastrointestinal procedures. *Gastroenterology Nursing*, 26(4), 145-149.

- Jakobsson, U., y Hallberg, I.R. (2005). Loneliness, fear, and quality of life among elderly in Sweden: a gender perspective. *Ageing Clinical and Experimental Research*, 17(6), 494-501.
- Jauset-Berrocal, J.A. (2013). *Cerebro y música, una pareja saludable*. Almería, España: Círculo Rojo.
- Jauset-Berrocal, J.A. (2010). *Sonido, música y espiritualidad*. Madrid, España: Gaia.
- Karapetsas, A.V., y Laskaraki, R.M. (2015). Coping with loneliness through music. *Encephalos*, 52, 10-13.
- Loewy, J. (2007). Music Therapy. In J. Barraclough Editor. *Enhancing Cancer Care, complementary therapy and suport*. New Zealand: Oxford University Press.
- Loewy, J., MacGregor, B., Richards, K., y Rodriguez, J. (1997). Music Therapy pediatric pain management: Assessing and attending to the sounds of hurt, fear and anxiety In J. V Loewy (Ed). *Music Therapy and pediatric pain* Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.
- López-Cepero, A., Amaya, V., Castro, A., Garcia, R., Silva, L., Ruiz, G., y otros. (2004). Anxiety during the performance of colonoscopies: modification using music therapy. *European Journal of Gastroenterology y Hepatology*, 16(12), 1381-1386.
- Magee, W. (2002). The effect of music therapy on mood states in neurological patients: a pilot study. *Journal of Music Therapy*, XXXIX(1), 20-29.
- Paula-Pérez, I. (2013). Concurrencia entre ansiedad y autismo. Las hipótesis del error social y de la carga alostática. *Rev Neurol*, 56 (Supl. 1),45-59.
- Poch, S. (2001). Importancia de la Musicoterapia en el área emocional del ser humano. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 42, 91-113.
- Russell, D. W. (1966). UCLA Loneliness Scale: Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40. doi: 10.1207/s15327752jpa6601_2
- Sepúlveda-Vildósola, A., Herrera-Zaragoza, O., Jaramillo-Villanueva, L., y Anaya-Segura, A. (2014). La musicoterapia para disminuir la ansiedad. Su empleo en pacientes pediátricos con càncer. *Revista médica instituto mexicano del seguro social*, 52, Supl. 2, S50-S54.
- Serrano-Barquín, C., Rojas-García, A., Ruggero, C., y López-Arriaga, M. (2015). Depresión y ansiedad desde los estudios de género en estudian-

- tes universitarios. *Revista de Psicología*, 4(8), 99-114.
- Sheibani, F., Pakdaman, Sh., Dadkhah, A., y Reza Hasanzadeh, M.(2010).The Effect of Music Therapy on Depressions and Loneliness in old people, *Salmand*, 5(2). doi: 10.17795/modernc.8846.
- Tilvis, R.S., Pitkälä, K.H., Jolkkonen, J. y Strandberg, T.E., (2000). Social networks and dementia. *Lancet*, 356(9227), 433-434. doi: 10.1016/S0140-6736(05)73583-2
- Vermaak, T. (2003). *Music in therapy and loneliness in the elderly* (tesis de maestría). Universidad de Namibia, Namibia.

ANEXO

Anexo 1: cuestionario has, test de ansiedad de Hamilton

Fecha:

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Descripción

Test validado en España aunque ha sufrido muchas variaciones desde que su diseño por el Dr. Hamilton en el año 1959. La ansiedad es un trastorno de la salud de las personas que está asociado, como factor de riesgo, a otros trastornos, por ejemplo, las adicciones.

Este cuestionario permite obtener dos puntuaciones que hacen referencia a la ansiedad psíquica (ítems 1,2,3,4,5,6 i 14) y a la ansiedad somática (ítems 7,8,9,10,11,12 i 13). Ello permite obtener una valoración más aproximada de los resultados, al considerar ambas opciones.

La interpretación de los resultados es muy sencilla: una mayor puntuación indica un nivel de ansiedad más elevado.

A continuación indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítem. Todos deben ser puntuados, en base a la siguiente escala:

0 = No presente, 1 = Leve, 2 = Moderado, 3 = Severo, 4 = Muy Severo

1.- Estado ansioso: preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad...

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2.- Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

3.- Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

4.- Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

5.- Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

6.- Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

7.- Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

8.- Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

9.- Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

10.- Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

11.- Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos (ruidos de tripas y estómago), heces blandas, pérdida de peso, constipación.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

12.- Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia (menstruación con hemorragia anormalmente intensa o prolongada), frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

13.- Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

14.- Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Este test es confidencial. Sus datos solamente tienen una finalidad estadística. El resultado únicamente se facilitará a la persona que respondió al test.

Firma del consentimiento para gestionar la información

Anexo 2: cuestionario de soledad (UCLA)*Fecha:**Nombre y apellidos:**Fecha de nacimiento:***Descripción**

Esta es la escala más utilizada para la valoración de la soledad, entendida como una experiencia desagradable que se produce cuando la red social de una persona es deficiente, significativamente en calidad o en cantidad, y ello se asocia con sentimientos negativos.

Las respuestas cualitativas indicadas se traducen a valores 1,2,3,4, para poder valorar cuantitativamente el resultado. Una puntuación más elevada indicará un sentimiento de mayor soledad y, viceversa, una baja puntuación se traduce en un menor sentimiento de soledad.

Para cada ítem, indique por favor cuán a menudo usted se siente de la manera que se describe escribiendo un número en el lugar asignado

<u>NUNCA</u>	<u>RARAMENTE</u>	<u>EN OCASIONES</u>	<u>A MENUDO</u>
1	2	3	4

1.- ¿Cuán a menudo se siente triste haciendo tantas cosas solo/a?

Nunca	Raramente	En ocasiones	A menudo
-------	-----------	--------------	----------

2.- ¿Cuán a menudo siente que no tiene a nadie con quien hablar?

Nunca	Raramente	En ocasiones	A menudo
-------	-----------	--------------	----------

3.- ¿Cuán a menudo siente que no puede tolerar estar tan solo/a?

Nunca	Raramente	En ocasiones	A menudo
-------	-----------	--------------	----------

4.- ¿Cuán a menudo se siente como si nadie le entendiera realmente?

Nunca	Raramente	En ocasiones	A menudo
-------	-----------	--------------	----------

5.- ¿Cuán a menudo se encuentra esperando que otros le llamen o escriban?

Nunca	Raramente	En ocasiones	A menudo
-------	-----------	--------------	----------

6.- ¿Cuán a menudo se siente completamente solo/a

Nunca	Raramente	En ocasiones	A menudo
-------	-----------	--------------	----------

7.- ¿Cuán a menudo siente que es incapaz de conectar o comunicarse con los que le rodean?

Nunca	Raramente	En ocasiones	A menudo
-------	-----------	--------------	----------

8.- ¿Cuán a menudo se siente desesperadamente necesitado/a de compañía?

Nunca	Raramente	En ocasiones	A menudo
-------	-----------	--------------	----------

9.- ¿Cuán a menudo encuentra que es difícil para usted hacer amigos?

Nunca	Raramente	En ocasiones	A menudo
-------	-----------	--------------	----------

10.- ¿Cuán a menudo se siente ignorado/a y excluido/a por los demás?

Nunca	Raramente	En ocasiones	A menudo
-------	-----------	--------------	----------

Este test es confidencial. Sus datos solamente tienen una finalidad estadística. El resultado únicamente se facilitará a la persona que respondió al test.

Firma del consentimiento para gestionar la información.