



INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN LA SALUD MENTAL DE PERSONAS ADULTAS INSTITUCIONALIZADAS

Marcos Nevado Minaya¹
José Fernando Fernández-Company²

Recibido: 6/12/2022 Aceptado: 22/12/2022

RESUMEN: Si bien durante las últimas décadas desde la musicoterapia se han desarrollado numerosas investigaciones que muestra sus bondades y eficacia, las investigaciones dedicadas a su uso en personas adultas con enfermedades mentales institucionalizadas son escasas. El objetivo principal de este trabajo es el de conocer la eficacia de un programa de musicoterapia en la mejora de los niveles de alexitimia, anhedonia social, autoestima y expresividad emocional en personas adultas con problemas de salud mental institucionalizadas. Se realizaron ocho sesiones de musicoterapia activa basadas en el modelo Nordoff-Robbins, una por semana, con una duración de 60 minutos. Participaron en el estudio 10 pacientes adultos de salud mental (60% mujeres, M= 52.66 mujeres y 49.75 hombres). Aunque los resultados no mostraron cambios significativos en las variables estudiadas con respecto al uso de la musicoterapia, sí que se pudo observar un incremento de la autoestima en la mayoría de los participantes, un descenso en la media general de alexitimia y un mayor nivel de expresiones emocionales positivas después de cada sesión. En definitiva, se considera necesario realizar más investigaciones de calidad para ampliar el conocimiento acerca de la eficacia de las intervenciones con musicoterapia en el ámbito de la salud mental de personas adultas institucionalizadas.

Palabras Clave: musicoterapia, autoestima, alexitimia, anhedonia social, expresividad emocional

Influence of music therapy on the mental health of institutionalized adults

ABSTRACT: Although over the last few decades there has been a great deal of research into the benefits and efficacy of music therapy, there has been little research into its use in adults with institutionalized mental illness. The main objective of this study is to determine the effectiveness of a music therapy programmer in improving the levels of alexithymia, social anhedonia, self-esteem and emotional expressiveness in adults with institutionalized mental health problems. Eight active music therapy sessions based on the Nordoff-Robbins model were carried out, one per week, lasting 60 minutes. Ten adult mental health patients (60% female, M= 52.66 females and 49.75 males) participated in the study. Although the results showed no significant changes in the variables studied with respect to the use of music therapy, an increase in self-esteem was observed in the majority of participants, a decrease in the overall mean of alexithymia and a higher level of positive emotional expressions after each session. In short, further quality

¹ Educador social y musicoterapeuta.

² Universidad Internacional de La Rioja.

Correspondencia: josefernando.fernandez@unir.net

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5412-1957>

research is considered necessary to increase knowledge about the efficacy of music therapy interventions in the field of mental health for institutionalized adults.

Keywords: music therapy, self-esteem, alexithymia, social anhedonia, emotional expressiveness

Cómo citar: Nevado Minaya M. y Fernández-Company, J.F. (2022). Influencia de la musicoterapia en la salud mental de personas adultas institucionalizadas. *Revista de Investigación en Musicoterapia*, 6, 1-18.

1. Introducción

Si bien es cierto que los estudios en torno a la eficacia de la musicoterapia en contextos de salud mental son numerosos (Rolvsjord, 2015; Silverman, 2022, Solli et al., 2013), hasta donde sabemos, existen pocas investigaciones acerca de los efectos de la musicoterapia en personas adultas con problemas de salud mental institucionalizadas. A lo largo de la historia, el ser humano ha buscado a través de diferentes canales el modo de sanar la mente, a través de un oficio, una afición o la multitud de corrientes psicológicas que engloban la terapia. En este sentido, Díaz (2010) añade que desde tiempos inmemoriales y en todas las culturas conocidas la música ha sido creada, apreciada, danzada y gozada debido fundamentalmente a sus poderosos efectos sobre las emociones, los sentimientos, los estados de ánimo y las figuraciones mentales cuya correspondencia vincula de maneras múltiples y poderosas a seres humanos. Desde esta perspectiva son muy numerosos los estudios que han analizado la repercusión de la música en la esfera psicoemocional del ser humano (García-Rodríguez et al., 2021, 2022).

Sobre este particular y aunque se ha llevado a cabo un uso terapéutico de la música desde hace miles de años, no es sino hasta este siglo que se ha reunido un cuerpo de conocimientos lo bastante amplio y documentado como para crear una disciplina sólida y contrastada científicamente (Fernández-Company, 2021). Así, en tanto disciplina formal, la musicoterapia (MT) es bastante joven. Las teorías apenas comienzan a conformarse y las necesidades de investigación son cada vez más definidas (Bruscia, 2006). Concretamente, la MT es un tipo de terapia que pretende atender las necesidades físicas, mentales, sociales, emocionales y cognitivas de un paciente o grupo de pacientes usando como hilo conductor la música o elementos musicales impartidos por un musicoterapeuta. En este sentido, durante las últimas décadas se han realizado diferentes estudios que muestran los beneficios de la musicoterapia en diferentes ámbitos, como en educación especial (Moreno, 1990; Pineda y Pérez, 2011), Alzheimer (Gallego y García, 2017) o en el propio campo de la salud mental (Freitas et al., 2022).

Durante el transcurso de la edad adulta, hombres y mujeres experimentan una serie de cambios físicos, mentales y sociales que afectan a su salud. Algunos estudios como el de Montesó-Curto y Aguilar-Martín (2014), muestran que algunas enfermedades asociadas a la salud mental, como la depresión, aumentan considerablemente en la edad adulta. Según el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, el 11,5% de la población europea habría sido diagnosticada de algún problema de salud mental en el último año y el 8,4% a nivel nacional. Según este último estudio, en España, una de cada cinco personas tiene la posibilidad de sufrir un trastorno mental a lo largo de su vida (Alonso et al., 2007).

Desde otra perspectiva, un marco psicológico puede definirse como “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales” (Davini et al., 1968, p. 63). No obstante, frecuentemente asociado a un trastorno mental específico, se dan la presencia de otros factores como, por ejemplo, la alexitimia, la anhedonia social o niveles bajos de autoestima. Específicamente, la alexitimia es un término introducido por Sifneos (1973) con fin de dar significado a la ausencia de palabras para expresar las emociones. En este sentido, las personas con alexitimia suelen presentar dificultad para identificar y describir emociones, en consecuencia, muestran dificultad para gestionarlas. Concretamente, el nivel de expresividad al grado de expresividad emocional, es decir, la exhibición externa de emociones, ya sean estas positivas o negativas, e independientemente de que el canal usado para su expresión sea musical, facial, vocal o gestual. Asimismo, este constructo ha sido ampliamente estudiado con relación a la música (García-Rodríguez et al., 2022).

De igual modo, la anhedonia es un constructo asociado a una dificultad para procesar adecuadamente los estímulos emocionales y los procesos de recompensa que la psicología ha concebido como un constructo unitario (DSM-5, 2013). Según esta definición las personas con anhedonia social presentan incapacidad para disfrutar de las actividades sociales y de las recompensas que estas proporcionan. Así pues, la anhedonia suele aparecer en personas con trastornos depresivos o de esquizofrenia. Del mismo modo, este constructo ha sido estudiado con relación a la música (García-Rodríguez et al., 2021).

Siguiendo esta línea de análisis, una autoestima alta conforma uno de los pilares esenciales para gozar de un buen bienestar psicológico. De este modo, la autoestima según Stanley (1967) es:

Entendemos por autoestima la evaluación que efectúa y generalmente mantiene el individuo con respecto a sí mismo. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica en qué medida el individuo se cree capaz, importante, digno y con éxito. En resumen, la autoestima es un juicio personal de dignidad, que se expresa en las actitudes del individuo hacia sí mismo (p. 543).

Asimismo, la expresividad emocional se puede definir como la capacidad personal para comunicar estados emocionales incluida la comunicación no verbal e implícitamente a través de las expresiones faciales (Friedman et al. 1980; Riggio 1986) de tal forma que la expresividad emocional es un fuerte predictor de la empatía (Roberts y Strayer, 1996).

Acerca de estos constructos, numerosas investigaciones muestran la presencia de una mayor autoestima en hombres que en mujeres (Bleidorn et al., 2016; Orth et al., 2010; Zeigler-Hill y Myers, 2012; Zuckerman et al., 2016). En el caso de los niveles de anhedonia social algunos estudios indican una mayor presencia de anhedonia social en varones que en mujeres (Dodell-Feder y Germine, 2018; Fonseca-Pedrero et al. (2012). En cuanto al índice de alexitimia, Joukamaa et al. (2007) indican un mayor nivel de alexitimia en mujeres que en hombres. No obstante, sobre este particular existe un debate abierto ya que Levant et al. (2009) muestran mayor nivel de alexitimia en hombres que en mujeres. Por último, respecto al nivel de expresividad emocional numerosos estudios presentan valores más altos en mujeres que en hombres de forma generalizada (Deng et al., 2016; Feldman et al., 1998; Fischer y LaFrance, 2015; Kring et al., 1994; Kring y Gordon, 1998).

A partir de estas consideraciones, el objetivo principal de este trabajo es el de conocer la eficacia de un programa de musicoterapia en la mejora de los niveles de alexitimia, anhedonia social, autoestima y expresividad emocional en personas adultas con problemas de salud mental institucionalizadas.

2. Materiales y método

Participantes

Participaron en el estudio 10 pacientes adultos de salud mental con edades comprendidas entre 23 y 65 años ($M= 51,80$; $DS= 11,60$) de las cuáles el 50% eran mujeres. De todos los participantes, cinco han recibido algún tipo de educación musical a lo largo de sus vidas, pero ninguno a nivel profesional. El marco de salud mental que presentan es variado, en el momento de la intervención dos personas aún estaban pendientes de un diagnóstico definitivo mientras que el resto estaba diagnosticado con trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad (TLP), trastorno dismórfico corporal (TDC) o esquizofrenia paranoide.

Estímulos y medidas

Se realizaron, predominantemente, sesiones de musicoterapia activa. Los instrumentos musicales seleccionados para este trabajo fueron: con dos guitarras, un piano, un bongó y maracas artesanales. El musicoterapeuta utilizó como instrumento armónico principalmente la guitarra y el piano para liderar las sesiones. No obstante, en determinadas ocasiones recurrió al uso de música popular grabada para algunas de las actividades realizadas, en las que aspectos como la voz o la expresión corporal tomaran un papel más protagonista. Asimismo, se emplearon recursos como la percusión corporal como herramienta facilitadora de para la expresión emocional.

En cuanto a los instrumentos seleccionados para la recogida y evaluación del proceso terapéutico se emplearon las siguientes pruebas psicométricas:

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS20). Se trata de una prueba de veinte preguntas desarrollada por Bagby et al. (1994) que ha mostrado su eficacia midiendo la ausencia de alexitimia. En dicha escala los valores entre 52 y 60 nos indican una posible alexitimia, por debajo su ausencia y por encima su existencia.

Escala Revisada de Anhedonia social (RSAS). Esta prueba consta de cuarenta preguntas que permiten diferenciar la incapacidad para experimentar placer con las relaciones sociales con respecto a una media poblacional. Con dicha prueba pretendemos no solo ver el nivel de anhedonia social antes y después de las sesiones, también nos puede dar una idea de la evolución de las relaciones entre ellos. Para medir el nivel de Anhedonia social se han usado los cuestionarios publicados por Chapman y Chapman (1978). En dicha publicación no se establecen unos valores determinados para identificar la presencia o ausencia de Anhedonia social, por lo que nuestros resultados se compararan con las

medias poblacionales establecidas por Chmielewski et al. (1995) de 8.44 para hombres y de 5.97 en mujeres con desviaciones estándar de 5.59 en el caso de los varones y de 4.34 para las mujeres.

Escala de autoestima de Rosenberg (RSES). Consta de diez ítems o afirmaciones en las que, cada uno, deberá reflejar el nivel en el que se siente identificado. Con esta prueba pretendemos ver en qué medida los participantes sienten aprecio por ellos mismos y sus creaciones, y como la música puede influir en ello. Para poder interpretar los datos, y con ellos el nivel de autoestima de nuestra población, se hará uso de la escala de Rosenberg (1965), que nos indica una adecuada autoestima para aquellas personas cuyos valores se encuentran entre 28.61 y 36.45 en hombres, y 26.59 y 35.69 en mujeres. Cualquier valor por debajo de estos nos indica una autoestima baja y, por el contrario, cualquier valor por encima nos indica alta autoestima.

Escala de expresividad de Berkeley (BEQ). Para medir el nivel de expresividad emocional, esta prueba utiliza dieciséis preguntas que nos mostraran como resultado la intensidad del impulso, la expresividad positiva y la expresividad negativa, es decir, la fuerza de las reacciones que acompañan a una experiencia, la medida en la que se expresan emociones positivas, y la medida en la que se expresan emociones negativas. Asimismo, para interpretar los datos, se contrastan los resultados con las medias establecidas por Gross et al. (1997) (véase Tabla 1).

Tabla 1

Medias en la Escala de expresividad de Berkeley a partir de Gross et al. (1997)

	Intensidad del impulso	Expresividad positiva	Expresividad negativa
Media poblacional en edad adulta	4.45 (± 1.13)	5,21 (± 0,93)	3,52 (± 1,01)

Procedimiento

Las sesiones se realizaron en una residencia de salud mental con capacidad especializada en la rehabilitación y en el fomento de la autonomía de los residentes. Se

realizaron ocho sesiones de musicoterapia, una por semana, con una duración de 60 minutos cada una, siguiendo todas ellas una misma estructura:

1. Canción de bienvenida. Esta canción tiene una estructura en la que se alterna la participación grupal con la individual mientras que el resto del grupo acompaña a la persona protagonista. La realización completa de esta canción de bienvenida, generalmente, ha ocupado entre diez y quince minutos.
2. Después procedemos con la actividad diaria programada. Los siguientes quince o veinte minutos realizamos una actividad como por ejemplo la creación de su propia canción donde se sientan partícipes de un proyecto común en el que poder expresar sus sentimientos. Con estas actividades pretendamos lograr unos objetivos específicos que variaran en las diferentes sesiones.
3. En tercer lugar, la improvisación grupal, un espacio en el que, después de trabajar unos objetivos, los participantes pueden ser libres para expresar sus sentimientos y comunicarse entre ellos y consigo mismos a través de la música durante unos quince o veinte minutos.
4. Por último, la canción de despedida, entre diez y quince minutos en los que creamos un ambiente que nos sirva de cierre y donde los participantes pueden expresar con una palabra o frase lo que sacan de la sesión.

Las sesiones siguieron un enfoque terapéutico basado en el modelo humanista de musicoterapia Nordoff y Robbins, en el que el foco de la intervención se sitúa en la improvisación clínica. A través de esta modalidad de intervención se han analizado por parte del musicoterapeuta las respuestas musicales de cada paciente en tiempo real para poder detectar necesidades y adaptar así los objetivos de la intervención. Respecto al procedimiento para la recogida de datos, en primera instancia se realizó un análisis a través de diferentes pruebas anteriormente mencionadas para determinar el nivel de alexitimia, anhedonia social, autoestima y expresividad emocional con los que partía nuestra población antes de realizar las intervenciones. En segundo lugar, se recopilaron antes y después de cada sesión el nivel de expresión de emociones positivas de cada una de las personas participantes en el estudio mediante una escala del uno al diez, así como el número de intervenciones e interacciones entre ellos durante las improvisaciones. Posteriormente, al concluir de cada sesión se les pedía a los participantes que definieran

tanto el conjunto de actividades y experiencias diarias en una frase como el grado de satisfacción con las mismas. Para finalizar, en la última sesión, se realizaron las mismas pruebas del primer día para poder analizar mejor la evolución de los pacientes con respecto a los valores que pretendíamos medir.

Aprobación ética

Tanto la participación de las personas como la recogida de datos para su posterior análisis fue realizada con el consentimiento informado tanto por parte de los propios participantes, todos mayores de edad, como de la propia institución colaboradora, encargada de su acogida y formación para la autonomía en sociedad. Asimismo, este trabajo se ha realizado garantizando el anonimato de las personas participantes, y de sus resultados, y siguiendo las indicaciones establecidas en la Declaración de Helsinki (WMA, 2001) y en el Ethical Code de la European Music Therapy Confederation (EMTC, 2005).

3. Análisis y resultados

En primer lugar, para analizar los resultados evaluados mediante las pruebas psicométricas **TAS-20**, **RSAR**, **RSES** y **BEQ** se procedió a realizar la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para muestras de igual o menos de 50 personas. Para lo cual, se plantearon las siguientes hipótesis con un nivel de confianza del 95% y de significancia (alfa) del 5%: Ho: Los datos tienen una distribución normal.

- Ha: Los datos no tienen una distribución normal.

Para ello, como criterio de decisión se consideró que si $p < 0,05$ rechazaríamos la Ho y se aceptaría la Ha, mientras que si $p \geq 0,05$ aceptaríamos la Ho y rechazaríamos la Ha. Definitivamente, según los resultados que se indican en la **Tabla 1** la decisión y conclusión es que como $p \geq 0,05$ aceptaríamos la Ho y rechazaríamos la Ha, es decir, los datos tienen una distribución normal.

Tabla 1*Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk*

		Estadístico	gl	p
TAS-20	Pre	,920	10	,354
	Post	,889	10	,165
RSAS	Pre	,939	10	,537
	Post	,944	10	,595
RSES	Pre	,923	10	,380
	Post	,946	10	,623
BEQ	Pre	,910	10	,280
	Post	,876	10	,117

Entonces, como en todos los casos $p = >0,05$, se rechazó la H_0 y se admitió la H_a , es decir los datos tienen una distribución normal, por lo que utilizaríamos una prueba estadística paramétrica. En consecuencia, se realizó la Prueba-T de Student para muestra relacionadas. En esta ocasión, planteamos las siguientes hipótesis con un nivel de Nivel de significancia (alfa 0,05):

- $H_0: \mu_1 = \mu_2$, es decir, las medidas son iguales y por tanto no hay diferencias significativas entre el pre y post del programa de musicoterapia.
- $H_a: \mu_1 \neq \mu_2$, si las medidas son diferentes y por tanto sí que habría diferencias significativas entre el pre y post del programa de musicoterapia.

Asimismo, como criterio de decisión, consideramos que si $p \geq 0.05$, aceptaríamos la H_0 y rechazamos la H_a y que si $p < 0.05$, rechazaríamos la H_0 y aceptamos la H_a . Conforme se aprecia en la Tabla 2, como los resultados en todos los casos muestran un valor de $p = >0.05$ se admitió la H_0 y rechazó la H_a , es decir las medias entre el pre y post son similares, así que, se concluyó que los resultados evaluados con las pruebas

psicométricas **TAS-20**, **RSAR**, **RSES** y **BEQ** no mostraron que el programa de musicoterapia mejoró significativamente.

Tabla 2

Prueba t para muestras relacionadas del pre y post test del programa de musicoterapia

		IC 95%		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
		Inferior	Superior			
TAS-20	Pre-Post	-2,605	6,405	,954	9	,365
RSAS	Pre-Post	-1,834	1,634	-,130	9	,899
RSES	Pre-Post	-3,601	,401	-1,809	9	,104
BEQ	Pre-Post	-,40507	1,08907	1,036	9	,327

Seguidamente, se analizó de forma descriptiva el comportamiento y el estado emocional de cada usuario con el transcurso de las sesiones, tratando de elaborar un mapa de su evolución con el uso de la musicoterapia. Se sometió a estudio la relación entre las medidas obtenidas en nuestras variables dependientes con la variable independiente poblacional referente al sexo. Como se observa en la Tabla 3, tanto hombres como mujeres presentan valores altos, aunque no lo suficientemente elevados como para poder considerarse como anhedonia social generalizada. Tras las sesiones de musicoterapia se pueden apreciar cambios poco significativos.

Tabla 3

Media en la escala de Anhedonia Social

Anhedonia Social	Hombres	Mujeres	Global
Media Pre-musicoterapia	16.4	11.2	13.8
Media Post-musicoterapia	15.7	12.1	13.9

Seguidamente, en la Tabla 4, se aprecia que tanto mujeres como hombres, muestran bajos niveles de autoestima antes de empezar las sesiones, pudiendo clasificar

baja autoestima generalizada. Sin embargo, tras las sesiones de musicoterapia, se observa un incremento en ambos valores. Se puede considerar que las sesiones de musicoterapia han contribuido al aumento de la autoestima generalizada, donde los hombres han alcanzado la horquilla en la que se considera una autoestima saludable, y las mujeres pese a un aumento de dichos valores no consiguen alcanzar los valores deseados por 0.59.

Tabla 4

Media en la escala de Autoestima de Rosenberg

Autoestima	Hombres	Mujeres	Global
Media Pre-musicoterapia	27	24.8	25.9
Media Post-musicoterapia	29.3	26	27.65

A continuación, se muestra en que grado nuestra población es capaz de sentir, reconocer y expresar emociones. Según los datos recogidos en la Tabla 5, se puede concluir que antes de empezar las sesiones existía una gran probabilidad de Alexitimia generalizada. Después de las sesiones podemos ver una reducción en estos valores, sobre todo en las mujeres, pero ambas poblaciones siguen teniendo una alta probabilidad de sufrir Alexitimia.

Tabla 5

Media en la escala de Alexitimia de Toronto

Alexitimia	Hombres	Mujeres	Global
Media Pre-musicoterapia	57.6	61.4	59.5
Media Post-musicoterapia	56.9	58.33	57.615

Como podemos observar en la Tabla 5, los valores antes y después de las sesiones se encuentran dentro de la media poblacional. Por ello, y porque no se muestran cambios significativos, podemos concluir que el nivel de expresividad de nuestra población se encuentra en la media de la población, es decir, por lo general, no muestran ni expresividad reducida ni elevada.

Tabla 6

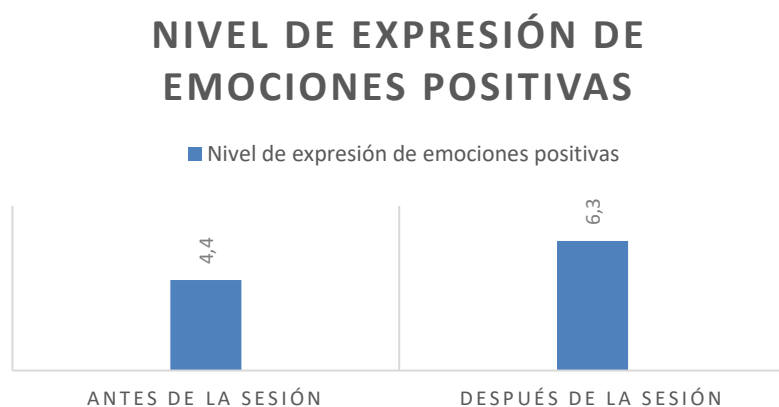
Media en la escala de Expresividad de Berkeley.

Expresividad	Hombres	Mujeres	Global
Media Pre-musicoterapia			
Media global	4.514	5	4.757
Expresividad negativa	4.7	4.37	4.535
Expresividad positiva	5.45	5.3	5.375
Intensidad del impulso	3.698	5.43	4.564
Media Post-musicoterapia			
Media global	4.1	4.73	4.415
Expresividad negativa	3.97	4.4	4.185
Expresividad positiva	5.22	5.66	5.44
Intensidad del impulso	4.29	5.1	4.695

Por último, en la Figura 1 se muestra la media del nivel de expresión de emociones positivas antes y después del proceso de musicoterapia recogidas por el musicoterapeuta. Para realizar esta medición se establece un valor del uno al diez teniendo en cuenta expresiones faciales, lenguaje corporal y referencias verbales.

Figura 1

Nivel de expresión de emociones positivas pre-post intervención de musicoterapia



4. Discusión y conclusiones

Del estudio realizado se obtiene una correlación entre el nivel de autoestima y el número de sesiones de musicoterapia. Sin embargo, no se observa ninguna correlación entre los niveles de expresividad emocional, alexitimia y anhedonia social con el número de sesiones de musicoterapia.

Respecto a la variable sociodemográfica género, los resultados alcanzados expresan que los hombres consideran tener una mayor autoestima que las mujeres, coincidiendo con la mayoría de los estudios realizados al respecto (Bleidorn et al., 2016; Orth et al., 2010; Zuckerman et al., 2016). Esta misma variable sociodemográfica nos muestra diferencias significativas en los niveles de anhedonia social, coincidiendo con los resultados obtenidos por Fonseca-Pedrero et al. (2012), nuestros datos muestran una mayor presencia de anhedonia social en varones. En cuanto al índice de alexitimia, los resultados de nuestra investigación muestran un mayor nivel de alexitimia en mujeres que en hombres, coincidiendo con los resultados de la investigación de Joukamaa et al., (2007).

Por último, nuestros resultados se encuentran en línea con los alcanzados en numerosas investigaciones en las que se muestran valores más altos de expresividad emocional en mujeres que en hombres de forma generalizada (Deng et al., 2016; Feldman et al., 1998; Fischer y LaFrance, 2015; Kring et al., 1994; Kring y Gordon, 1998).

A la hora de considerar este estudio, debemos tener en cuenta una serie de limitaciones. En primera instancia, las sesiones solo contaban con un profesional que debía conducir la sesión a la par que observar los resultados de las mimas, por lo que es posible que algunos datos se hayan perdido durante el proceso. En segundo lugar, se piensa que esta investigación debe replicarse con una muestra más amplia y con carácter longitudinal. A su vez se propone replicar el estudio con un rango de edades más amplio. De igual modo, se considera necesaria la realización de estudios complementarios que sean capaces de identificar los cambios surgidos a lo largo del tiempo en este ámbito. Asimismo, dado que los resultados presentados se basan totalmente en muestras clínicas de individuos, sería interesante comparar estos datos y realizar pruebas directas sobre muestras no diagnosticadas. Además, sería útil establecer intervenciones individuales para poder comparar la eficacia del tratamiento en estos supuestos.

Finalmente, hay que considerar como principal limitación de este estudio que los datos de este estudio parten de la información recopilada a través de pruebas de autoinforme cumplimentadas por los propios usuarios por lo que el sesgo de los resultados ha de tenerse en cuenta, máxime teniendo las características del grupo social participante.

No obstante, y a pesar de estas limitaciones, se considera que las sesiones de musicoterapia han contribuido en la mejora de la autoestima de aquellos que la experimentan durante un tiempo prolongado. Por otro lado, creemos que el nivel de bienestar de cada usuario ha aumentado después de cada sesión, al menos a corto plazo. Por último, debido al *feedback* recibido de los propios usuarios es plausible considerar que las sesiones de musicoterapia ofrecen un espacio a través del cual los pacientes pueden expresarse libremente y liberar tensiones, lo cual permite la observación inmediata y en tiempo de real de respuestas positivas ante esta experiencia con música. Con todo ello, se considera necesario seguir investigando sobre esta temática ya que existen pocas investigaciones y un gran potencial para la mejora de la salud mental de personas institucionalizadas

5. Referencias

- Alonso, J., Lépine, J.P. y ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *The Journal of clinical psychiatry*, 68 Suppl 2, 3-9.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., Almansa, J., ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 420, 21–27.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-5*

- Bagby, R.M., Taylor, G.J. y Parker, J.D. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale--II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 33–40.
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-x](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-x)
- Bleidorn, W., Arslan, R.C., Denissen, J.J.A., Rentfrow, P.J., Gebauer, J.E., Potter, J. y Gosling, S.D. (2016). Age and gender differences in self-esteem - A cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(3), 396-410.
<https://doi.org/10.1037/pspp0000078>
- Bruscia, K.E. (2006). *Musicoterapia*. Pax México.
- Chapman, L.J., Edell, W.S. y Chapman, J.P. (1980). Physical anhedonia, perceptual aberration, and psychosis proneness. *Schizophrenia Bulletin*, 6(4), 639–653.
<https://doi.org/10.1093/schbul/6.4.639>
- Chmielewski, P.M., Fernandes, L.O., Yee, C.M. y Miller, G.A. (1995). Ethnicity and gender in scales of psychosis proneness and mood disorders. *Journal of abnormal psychology*, 104(3), 464–470.
<https://doi.org/10.1037//0021-843x.104.3.464>
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. W.H. Freeman.
- Davini, Gellon de Salluzi y Rossi. (1978). *Psicología General*. Kapelusz.
- Deng, Y., Chang, L., Yang, M., Huo, M. y Zhou, R. (2016). Gender Differences in Emotional Response: Inconsistency between Experience and Expressivity. *PloS one*, 11(6), e0158666.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158666>
- Díaz, J.L. (2010). Música, lenguaje y emoción: una aproximación cerebral. *Salud mental*, 33(6), 543-551.
- Dodell-Feder, D. y Germine, L. (2018). Epidemiological Dimensions of Social Anhedonia. *Clinical Psychological Science*, 6(5), 735–743.
<https://doi.org/10.1177/2167702618773740>
- European Music Therapy Confederation. (2005). Ethical Code. European Music Therapy Confederation. <https://www.emtc-eu.com/ethical-code>
- Feldman Barrett, L., Robin, L., Pietromonaco P.R. y Eyssell, K.M. (1998) Are Women the “More Emotional” Sex? Evidence From Emotional Experiences in Social Context. *Cognition and Emotion*, 12(4), 555-578.
<https://doi.org/10.1080/026999398379565>

- Fernández-Company, J.F. (2021). Fundamentos de musicoterapia. Teóricos y prácticos. En Miren Pérez Eizaguirre y M.^a Jesús del Olmo (Coords.), *Musicoterapia* (pp. 1-30). Paraninfo.
- Fischer, A. y LaFrance, M. (2015). What Drives the Smile and the Tear: Why Women Are More Emotionally Expressive Than Men. *Emotion Review*, 7(1), 22-29.
<https://doi.org/10.1177/1754073914544406>
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S. y Muñiz, J. (2012). Phenotypic expression of Schizotypal traits in an adolescent population. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 539–550.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.539>
- Freitas, C., Fernández-Company, J.F., Pita, M.F. y García-Rodríguez, M. (2022). Music therapy for adolescents with psychiatric disorders: An overview. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13591045221079161.
<https://doi.org/10.1177/13591045221079161>
- Friedman, H.S., Prince, L.M., Riggio, R.E. y DiMatteo, M.R. (1980). Understanding and assessing nonverbal expressiveness: The Affective Communication Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(2), 333-351.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.2.333>
- García-Rodríguez, M., Fernández-Company, J.F., Alvarado, J.M., Jiménez, V. e Ivanova-Iotova, A. (2021). Pleasure in music and its relationship with social anhedonia (Placer por la música y su relación con la anhedonia social). *Studies in Psychology*, 42(1), 158-183.
<https://doi.org/10.1080/02109395.2020.1857632>
- García-Rodríguez, M., Alvarado, J.M., Fernández-Company, J.F., Jiménez, V. e Ivanova-Iotova, A. (2022). Music and Facial emotion recognition and its relationship with alexithymia. *Psychology of Music*.
<https://doi.org/10.1177/03057356221091311>
- Gallego, M.G. y García, J.G. (2017). Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer: efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. *Neurología*, 32(5), 300-308.
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.12.003>

- Gross, J.J., Carstensen, L.L., Pasupathi, M., Tsai, J., Skorpen, C.G. y Hsu, A.Y. (1997). Emotion and aging: experience, expression, and control. *Psychology and aging*, 12(4), 590–599.
<https://doi.org/10.1037//0882-7974.12.4.590>
- Joukamaa, M., Taanila, A., Miettunen, J., Karvonen, J. T., Koskinen, M. y Veijola, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 373–376.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.01.018>
- Kring, A.M. y Gordon, A. H. (1998). Sex differences in emotion: Expression, experience, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 686-703.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.3.686>
- Kring, A.M., Smith, D.A. y Neale, J.M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: development and validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of personality and social psychology*, 66(5), 934–949.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.66.5.934>
- Levant, R.F., Hall, R.J., Williams, C.M. y Hasan, N.T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(3), 190-203.
<https://doi.org/10.1037/a0015652>
- Montesó-Curto, P. y Aguilar-Martín, C. (2014). Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad [Depression according to age and gender: an analysis in a community]. *Atencion primaria*, 46(3), 167–168.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.009>
- Moreno, J.L. (1990). *Musicoterapia en educación especial*. Editum.
- Orth, U., Trzesniewski, K.H. y Robins, R.W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality & Social Psychology*, 98(4), 645-658.
<https://doi.org/10.1037/a0018769>
- Pineda Pérez, E. y Pérez Remón, Y. (2011). Musicoterapia aplicada a niños con síndrome de Down. *Revista cubana de Pediatría*, 83(2), 142-148.
- Riggio, R.E. (1986). Assessment of basic social skills. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(3), 649-660.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.3.649>

- Roberts, W. y Strayer, J. (1996). Empathy, emotional expressiveness, and prosocial behavior. *Child development*, 67(2), 449-470.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01745.x>
- Rolvjord, R. (2015). What clients do to make music therapy work: A qualitative multiple case study in adult mental health care. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(4), 296-321.
<https://doi.org/10.1080/08098131.2014.964753>
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. *Society of the adolescent self-image*; 11(2).
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22. 255-262.
- Silverman, M. J. (2022). *Music therapy in mental health for illness management and recovery*. Oxford University Press.
- Solli, H.P., Rolvsjord, R. y Borg, M. (2013). Toward Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service Users' Experiences. *Journal of music therapy*, 50(4), 244–273.
<https://doi.org/10.1093/jmt/50.4.244>
- World Medical Association. (2001). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(4), 373-374
- Zeigler-Hill, V. y Myers, E.M. (2012). A review of gender differences in self-esteem. En S.P. McGeown (Ed.), *Psychology of gender differences* (pp. 131-143). Nova Science Publishers.
- Zuckerman, M., Li, C. y Hall, J.A. (2016). When men and women differ in self-esteem and when they don't: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 64, 34-51.
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.07.007>