



EFICACIA DE LA MUSICOTERAPIA EN UN CASO DE DUELO PATOLÓGICO

José Alberto Sotelo Martín¹

David Gamella González²

María Fernández Cahill³

Recibido: 11/06/2022 **Aceptado:** 21/12/2022

RESUMEN: Los efectos positivos de la musicoterapia en la ansiedad y depresión han sido ampliamente estudiados. No obstante, los estudios de caso único con pacientes con sintomatología ansioso-depresiva en los que se emplean técnicas de percusión corporal son menos habituales. Desde esta perspectiva, el objetivo principal de este estudio es el de aportar evidencias clínicas sobre el uso específico de técnicas de percusión corporal incluidas en el tratamiento de un paciente afectado de duelo patológico cronicado con síntomas de ansiedad y depresión. Se analizaron los resultados obtenidos a través de herramientas psicométricas validadas Hamilton Anxiety Rating Scale (ansiedad) e Inventario de Depresión de Beck (depresión), de los niveles de frecuencia cardíaca y del registro de momentos de aflicción e imágenes disfuncionales recurrentes evaluados mediante la elaboración *ad hoc* de medidas de autorregistro. Entre los resultados alcanzados, cabe reseñar una disminución de niveles de ansiedad, depresión, imágenes disfuncionales, frecuencia cardíaca, momentos de aflicción y aumento significativo del nivel de activación conductual que confirman las hipótesis formuladas. En definitiva, se concluye que la musicoterapia es una herramienta eficaz, sencilla y fácil de utilizar y que la inclusión de técnicas de percusión corporal en procesos de musicoterapia puede facilitar el procesamiento emocional disfuncional de pacientes con sintomatología ansioso-depresiva.

Palabras Clave: duelo, ansiedad, depresión, percusión corporal, musicoterapia.

¹ Facultad de Humanidades de la Universidad Internacional de La Rioja – UNIR
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5400-6788>

² Facultad de Humanidades de la Universidad Internacional de La Rioja – UNIR
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9834-954X>

³ Universidad Antonio de Nebrija
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6315-5075>

Effectiveness of music therapy in a case of pathological grief

ABSTRACT: The positive effects of music therapy on anxiety and depression have been extensively studied. However, single case studies with patients with anxious-depressive symptomatology in which body percussion techniques are used are less common. From this perspective, the main objective of this study is to provide clinical evidence on the specific use of body percussion techniques included in the treatment of a patient affected by chronic pathological grief with symptoms of anxiety and depression. We analysed the results obtained through validated psychometric tools Hamilton Anxiety Rating Scale (anxiety) and Beck Depression Inventory (depression), heart rate levels and the recording of moments of grief and recurrent dysfunctional images assessed through the development of ad hoc self-recording measures. Among the results achieved, it is worth mentioning a decrease in anxiety, depression, dysfunctional images, heart rate, moments of distress and a significant increase in the level of behavioural activation that confirm the hypotheses formulated. In short, it is concluded that music therapy is an effective, simple and easy to use tool and that the inclusion of body percussion techniques in music therapy processes can facilitate the dysfunctional emotional processing of patients with anxious-depressive symptomatology.

Keywords: grief, anxiety, depression, body percussion, music therapy.

Cómo citar: Sotelo Martín, J.A., Gamella González, D. y Fernández Cahill, M. (2022). Eficacia de la musicoterapia en un caso de duelo patológico. *Revista de Investigación en Musicoterapia*, 6, 46 -69.

1. Introducción

El duelo es una experiencia humana universal en la que muchas personas experimentan sintomatologías relacionadas con episodios de llanto, bajo estado de ánimo, trastornos del sueño, pérdida de apetito y otros síntomas depresivos (Clayton, 1998). Si bien es cierto que comúnmente la sintomatología se resuelve sin necesidad de algún tipo de tratamiento psicológico, en algunas personas persisten los síntomas depresivos del duelo (Bonanno et al., 2002). En este sentido, la pérdida de una persona amada produce, en la mayor parte de los casos, una necesidad de respuesta para su afrontamiento y superación. Acorde a estos planteamientos, Ochoa (2002) afirma que en nuestra cultura no se provee al sujeto de las situaciones en tiempo y forma necesarias para una superación completa de dicha pérdida, quedando a la idiosincrasia de cada persona la superación del duelo y la recomposición psicosocial posterior. Desde esta perspectiva, se entiende por duelo al conjunto de respuestas emitidas de forma defensiva por el sujeto ante una pérdida importante para él. Ante estas circunstancias, es necesario analizar el duelo, y las complicaciones clínicas del mismo, en el marco de la teoría del apego, donde la ansiedad por separación o la activación de un comportamiento de intenso de unión son considerados como una respuesta normal ante la pérdida de una figura de gran

importancia afectiva (Belitsky y Jacobs, 1986). Las diferencias de los síntomas y reacciones internas del paciente dependen en gran parte del entorno cultural, elementos de personalidad, efecto cohorte o de determinados elementos circunstanciales del momento en el que ocurre el evento, siendo el factor cultural uno de los más importantes en la superación del duelo, así como la red de apoyo social (Pérez et al., 2000). Si bien es cierto que sentimientos como la tristeza o la depresión se manifiestan principalmente durante el duelo, no son los únicos ni necesariamente los más importantes, ya que la ansiedad, la conmoción, la ira, los pensamientos intrusivos o la desesperación con frecuencia también se manifiestan (Stroebe et al., 2010).

Sobre este particular, la depresión llega a considerarse un problema complejo de salud pública por su alta prevalencia en la población mundial general. Grosso modo, la depresión suele encabzarse por un sentimiento de tristeza que, en no pocas ocasiones, cursa con ansiedad e ira. Del mismo modo, es frecuente tener sensación de vacío, donde nada llena ni reconforta y que esta se curse con síntomas de anhedonia, es decir, la incapacidad de sentir placer. Del mismo modo, las tareas habituales resultan difíciles de realizar, o se efectúan con un sobreesfuerzo notable, hasta el punto de abandonar asuntos que hasta ese momento eran de suma importancia como el trabajo y/o los estudios (Ansoleaga y Miranda-Hiriart, 2014). Además, el curso de los síntomas muestra disminución en la capacidad de concentración, afectando a la práctica totalidad de tareas cognitivas y a las funciones ejecutivas. Así, es frecuente encontrar falta de sueño o de sueño reparador, alteraciones en la ingesta de alimentos, del deseo sexual, etc. y suele presentarse un elevado deterioro en las relaciones sociales, incluso en las más importantes con familiares y allegados. El curso de los síntomas es descrito y codificado por el DSM-5 pudiendo ser: ligero, moderado, grave sin síntomas psicóticos, con síntomas psicóticos, en remisión parcial y en remisión total (APA, 2013).

Asimismo, la ansiedad se ha considerado como un factor central de la neurosis (Freud, 2017). Tras la atomización del concepto y, avanzando en las más modernas clasificaciones gnosológicas, nos encontramos con diferentes descripciones acerca del constructo de ansiedad (APA, 2013). Desde esta perspectiva, existe un fenómeno muy conocido a nivel clínico llamado disociación o atomización de la respuesta que consiste en disociar algunos de los elementos de activación, bien conductual, cognitivo o emocional. Existen numerosas descripciones y explicaciones para este fenómeno y, bajo el supuesto de que se trata de una defensa psicológica más del sujeto y que se trata de

eliminar de forma inconsciente algún elemento puesto en juego que resulta inaceptable para el afectado (Serrano et al., 2018). En relación con el binomio ansiedad-depresión es frecuente que determinados diagnósticos por ansiedad cursen también con la aparición comórbida de trastorno depresivo mayor o con distimia (Barlow, 1988; González et al., 2004; Pego-Pérez et al. 2018). De igual modo, se desea señalar que el ritmo cardiaco, como respuesta fisiológica fuertemente asociada a la ansiedad, es un correlato fisiológico fiable expresado en sus niveles. Sobre este particular, a partir de las tesis de Selye (1974, 1975) y de su modelo de activación neurofisiológica que considera al sujeto inmerso en situaciones de alta ansiedad, como en caso de duelo patológico, existe una gran movilidad de la química en sangre que actúa directamente en diferentes órganos diana, entre ellos se encuentra el corazón (Sandín, 1990). Además, las bases cerebrales de activación y control de la frecuencia cardiaca pueden alterar la actividad del corazón a partir de la sobre estimulación de los nódulos sinusal y aurículo-ventricular produciéndose un aumento de la tasa cardiaca, aumento de las presiones sistólica y diastólica, aumento del gasto cardiaco, vasoconstricción periférica y arritmias cardiacas (Sandín y Chorot, 1993; Álvarez-Gaviria et al., 2014), siendo un indicador fiable de una alta ansiedad. De igual modo, existen tendencias intrapersonales donde la aceleración del ritmo cardiaco coincide con la reactivación de imágenes, pensamientos, emociones e incluso esquemas conductuales desadaptativos que irrumpen bruscamente en el quehacer cotidiano del sujeto con pocas posibilidades de regulación emocional, siendo especialmente importante si el sujeto no ha aceptado ni asimilado la vivencia estresante (Hervás, 2011).

Asimismo, el proceso de duelo requiere de un ajuste físico y emocional, donde el apoyo ha de enfocarse en aspectos como el autocuidado, la promoción de la salud y del apoyo emocional (Utz et al., 2012). Desde esta perspectiva, el uso de terapias mente cuerpo, terapias complementarias y alternativas para la solución de diversos problemas de salud, entre las que se encuentra la musicoterapia, se ha incrementado exponencialmente, considerándose como un apoyo eficaz junto a la práctica médica tradicional para la reducción de la ansiedad (Bulfone et al., 2009; Carlson et al., 2017; Kamioka et al., 2014; Landis-Shack et al., 2017; Toureche et al., 2011) o de la depresión (Carlson et al., 2017; Kamioka et al., 2014; Landis-Shack et al., 2017; Raglio et al., 2015).

La música forma parte de la vida cotidiana de personas de todas las edades y culturas y parece estar ligada a facultades perceptivas, cognitivas y afectivas específicas, entre las que se incluyen el lenguaje, el control motor, el análisis auditivo o la estética

(Mehr et al., 2019). Asimismo, la música es un estímulo que genera un fuerte impacto emocional en el ser humano (García-Rodríguez et al., 2021) y al que recurren intencionalmente las personas para sentirse mejor anímicamente (Fernández-Company et al., 2020). En este sentido, numerosas investigaciones muestran efectos positivos de la música y de la musicoterapia en la mejora del estado de ánimo (Raglio et al., 2015) y en la disminución de índices de depresión (Alneyadi et al., 2021; Gustavson et al., 2021; Jasemi et al., 2016; Raglio et al., 2015; Zhou et al., 2011) y de ansiedad (Alneyadi et al., 2021; Forooghy et al., 2015; Gustavson et al., 2021; Jasemi et al., 2016).

Específicamente, el ritmo, elemento esencial de la música, y su aplicación con fines terapéuticos han sido ampliamente estudiados (Arango y Recuero, 2010; Bronson, Vaudreeuil y Bradt, 2018; Madsen, 2014, Poch, 2001; Vannay, 2014, Vescelius, 1918). Sobre este particular, la percusión corporal, con una fuerte carga rítmica, facilita la exploración las posibilidades sonoras del cuerpo mediante la combinación de múltiples técnicas que permiten modificar cualidades del sonido como la duración, altura, intensidad o timbre mediante la combinación de patrones y efectos rítmicos.

Específicamente, este recurso musical ha sido empleado con pacientes diagnosticados con depresión, en quienes se produjeron mejoras tanto en niveles de depresión y de ansiedad (Romero-Naranjo y Romero-Naranjo, 2013), incremento y calidad de la comunicación y del lenguaje corporal, búsqueda frecuente de relaciones sociales, aumento del estado de ánimo, disminución de la anhedonia y disminución en la frecuencia de ideación suicida (Crespo-Colomino y Romero-Naranjo, 2014; Salerno et al., 2016). De igual modo, han sido estudiados factores neurológicos implicados en la rítmica de *lo auto percutido*, mostrando efectos positivos tanto en las capacidades psicológicas y sociales como en el nivel de activación conductual (Romero-Naranjo, 2013) enfatizando en el efecto protector que estas capacidades ejercen sobre la ansiedad o la depresión (Ahokas, 2015, Madsen, 2014, Romero-Naranjo, 2013), considerando este recurso como una herramienta muy eficaz (Serna-Domínguez et al., 2019). A partir de estas premisas y aunque se ha acrecentado significativamente el interés por conocer los efectos que la música genera en el ser humano, el estudio de la relación música y salud mental ha recibido una atención más limitada.

A partir de estas consideraciones, el objetivo primordial de este estudio es el de conocer la influencia del uso de técnicas de percusión corporal en un proceso de musicoterapia en la disminución de la sintomatología ansioso-depresiva, de la frecuencia

cardíaca, de imágenes disfuncionales y de la aparición de momentos de aflicción y en el aumento del nivel de activación conductual de un paciente diagnosticado de duelo patológico.

2. Materiales y método

Participante

La muestra está compuesta por un varón de 24 años con clínica compleja de duelo patológico con sintomatología ansioso-depresiva. La población queda definida en situación ambulatoria. La visión catastrofista del paciente sobre el mundo y la vida le causa un malestar clínicamente significativo a nivel personal, familiar, social y laboral, siendo incapacitante en su manifestación más extrema. A los síntomas depresivos suelen sumarse otros síntomas como la ansiedad, cursando con gran intensidad (Barlow, 1988; González et al., 2004; Pego-Pérez et al., 2008; Del-Río-Nieto et al., 2018). En este sentido, nos encontramos ante un cuadro sindrómico multisintomático: anhedonia como síntoma en gran parte inconsciente (Ansoleaga y Miranda-Hiriart, 2014), incapacidad para realizar las actividades cotidianas, incluso las más automatizadas y condicionadas (Becerra-Gálvez et al., 2017; Carmona et al., 2016; Núñez y Crismán, 2016; Sandín et al., 2016), errores cognitivos de gran importancia (Cenalmor-Aparicio, 2017) e incapacidad de aprendizaje vicario (Pedroza-Flores, 2015), abandono brusco de la red social (Rondón, et al., 2018), disociación (Serrano et al., 2018) y un preocupante aumento de la frecuencia cardíaca (APA, 2013; Álvarez-Gaviria et al., 2014; Ramírez-Parrondo et al., 2015; Sánchez et al., 2012).

Estímulos y medidas

Estímulos

Percusión corporal. Se emplearon técnicas de improvisación libre (Aalbers et al., 2017) y de secuenciación de patrones rítmicos elegidos por el paciente que se ajustaban a estructuras rítmico-armónicas y melódicas generadas por el musicoterapeuta.

Medidas

Frecuencia cardiaca. Medida a través de un pulsómetro de muñeca. Variable con nivel de medida de intervalo.

Imágenes disfuncionales recurrentes y flashback. Imágenes disfuncionales acompañadas de cogniciones obsesivas, generadoras de ansiedad extrema, y con localizaciones sintomáticas específicas en el cuerpo. Nivel ordinal de medida. Medidas en un autorregistro *ad hoc* en una escala subjetiva de 0-10, siendo 0 la ausencia de imágenes intrusivas recurrentes y 10 la presencia de imágenes intrusivas muy intensas.

Momentos de aflicción. Momentos de extrema aflicción donde el sujeto queda relegado a sufrir los efectos más incapacitantes de su depresión, permaneciendo en cama o sufriendo el sentimiento de incapacidad general. Nivel de medida ordinal. Momentos medidos mediante un formulario de autorregistro elaborado *ad hoc* con una escala subjetiva de 0-10, siendo 0 la ausencia de aflicción y 10 la presencia de intensos momentos de aflicción.

Ansiedad. Escala de Ansiedad de Hamilton (Lobo, Chamorro, Luque, Dal-ré, Badia y Baró, 2002). Esta escala evalúa la gravedad de la ansiedad. Cronbach de 0,89. Nivel ordinal de medida en pretest y postest.

Depresión. Inventario de depresión de Beck (Beck et al., 1961, 1996). Cronbach de 0,83. Nivel ordinal de medida en pretest y postest.

Activación conductual. Esta medida en actividades significativas. Cuantifica la cantidad de actividades realizadas por el paciente medida en minutos.

Procedimiento

Se actualizó el tratamiento convencional psicológico del paciente con la incorporación de ocho sesiones de musicoterapia, esencialmente empleando técnicas y dinámicas basadas en percusión corporal. En este sentido, no se abandona el tratamiento convencional sobre el duelo, pero sí se elimina el uso de técnicas de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (Shapiro, 2001, 2004; Solomon y Shapiro, 2014; Perm, 2014; Wilson et al., 2018). El diseño es de caso único acorde a las características idiosincrásicas de este tipo de estudio. Las sesiones de musicoterapia, inspiradas en el modelo Nordoff-Robbins, se desarrollaron de forma individual y tuvieron una periodicidad semanal con una duración de 45 minutos cada una.

Análisis de datos

La modalidad es A-B-A-B-A con tendencias ascendentes-descendentes en función de la variable, es decir, líneas de base (LB) antes del tratamiento, aplicación del tratamiento, segunda LB sin tratamiento buscando obtención de datos más allá de este estudio, segunda aplicación del tratamiento y medición final tras el tratamiento. Siguiendo a Kazdin (2008) los estudios de caso único encuadrados desde una perspectiva cuasiexperimental pueden ayudar a resolver los efectos de los tratamientos psicológicos, aportando una formulación de hipótesis más robusta y acercando la práctica clínica a los ámbitos académico y de investigación. En estos casos, el análisis de datos supone el problema principal desde donde un abordaje clásico obliga a considerar las LB (Bono-Cabré y Arnau-Gras, 2014; Kratochwill et al., 2013), buscando si los tratamientos aplicados a cada caso son efectivos y en qué medida los cambios terapéuticos pueden deberse al efecto del azar.

En el análisis de datos se incluyen los índices necesarios para calcular el tamaño de efecto con el no solapamiento de los datos, cuya meta es cuantificar el cambio terapéutico y considerar su magnitud y no tanto la significación estadística de dicho cambio terapéutico (Bono-Cabré y Arnau-Gras, 2014), reflejando la mejoría o no del sujeto. En primer lugar, se calculará el porcentaje de datos no solapados: porcentaje de datos de la fase de tratamiento que excede el dato más extremo de la LB. Calculándolo del siguiente modo: $PDNS = (DextLB/Dtotal) \times 100$, donde DextLB es el número de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB y Dtotal es el número total de datos del tratamiento. Este índice tiene un rango de variación de 0-100% (Scruggs y Mastropieri, 1998a, 1998b).

Seguidamente se estudió el porcentaje de puntuaciones que sobrepasan la medida de tendencia central que corresponda: porcentaje de datos de la fase de tratamiento que es mayor o menor a la media o a la mediana de los datos en Línea de Base. En este caso $PDEM = (DexcMd/Dtotal) \times 100$, donde DexcMd es el número de datos que exceden la mediana y Dtotal el número total de datos. El índice tiene un rango de variación de 0-100% (Ma, 2006, 2009; Perston y Carter, 2009).

Respecto a la aproximación estadística a la significación clínica (AESC): asumiendo que el cambio clínico supone el paso del paciente de un periodo disfuncional a un periodo funcional o normal. Para calcular la AESC se establece un punto de corte a

partir del cual el paciente pasa a la normalidad. Siguiendo a McGlinchey et al. (2002) se considera que dos desviaciones típicas más allá de la media o mediana de la distribución disfuncional dejan al sujeto en condiciones de ser considerado desde la normalidad terapéutica; punto de corte $\pm 2s$, de tal forma que un signo de mejoría clínicamente significativa podría ser una vez y media la desviación típica $\pm 1,5s$.

Finalmente se analizarán todos los solapamientos que se puedan dar. Son los pares posibles entre la LB y el tratamiento calculando los pares no solapados (PNS) entre el valor más favorable de la LB y los datos del tratamiento (Parker y Vannest, 2009). Se consideran los solapamientos cuando en el transcurso del tratamiento se hallan puntuaciones que superen el dato más favorable de la línea base. Se consideran empates cuando los números coinciden. Se consideran datos no solapados cuando quedan fuera del rango de solapamiento y de empate. Su cálculo sigue la lógica siguiente: $PNS = [(pares\ sin\ solapar) + (0,5 \times empates) / n^{\circ}\ total\ de\ pares\ al\ comparar\ la\ LB\ y\ el\ tratamiento] \times 100$.

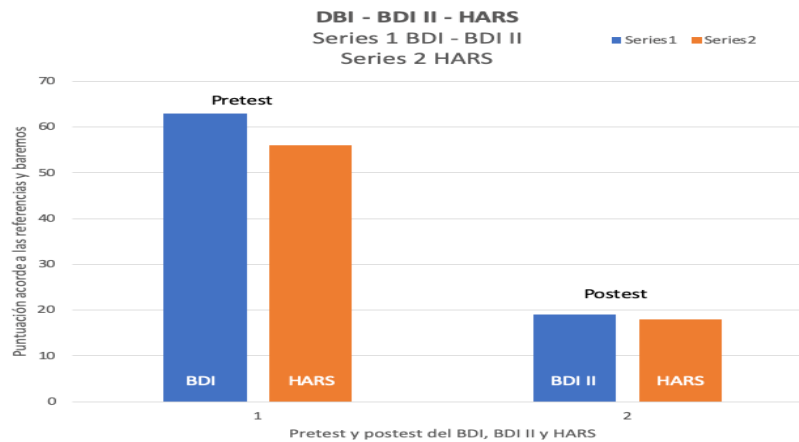
Las variables dependientes frecuencia cardíaca, imágenes intrusivas recurrentes incapacitantes de la muerte del padre, momentos de aflicción extrema, nivel de activación conductual y frecuencia de actividades diarias significativas se toman como medidas repetidas mientras que las variables ansiedad y depresión con registros pretest y postest final. Para concluir, se evalúan las variables de forma repetida, Líneas de Base (LB1, LB2, LB3 y LB6), las medidas pretest y postest finales (BDI y HARS_{pre/post}) y se realizan los cálculos, computan además cuatro índices sobre la eficacia y magnitud del cambio terapéutico (PDNS, PDEM, AESC y PNS).

3. Conclusiones

Respecto a los resultados pretest y postest sobre depresión reflejados en la Figura 1, se observa un descenso en los índices de ambos constructos: depresión de 63 (depresión grave) hasta 19 (depresión ligera) y ansiedad de 56 (muy incapacitante) a 18 (ansiedad baja).

Figura 1

Resultados pre y postest de depresión y ansiedad



Índices del tamaño del efecto

PDNS: Porcentaje de datos no solapados = $(DextLB/Dtotal) \times 100$, donde DextLB es el número de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB y Dtotal es el número total de datos del tratamiento. *PDEM*: Porcentaje de puntuaciones que sobrepasan la medida de tendencia central = $(DexcMd/Dtotal) \times 100$, donde DexcMd es el número de datos que exceden la mediana y Dtotal el número total de datos. *AESC*: Aproximación estadística a la significación clínica = Desviaciones típicas. $\pm 2. \pm 1,5. \pm 1$. *PNS*: Solapamientos que se puedan dar los pares posibles entre la LB y el tratamiento = $[(PSS + 0,5E) / NTP] \times 100$, siendo PSS los pares no solapados, E los empates y NTP = el número total de pares entre LB y tratamiento.

Tabla 1

Baremos PDNS adaptado de Struggs y Mastropieri (1998).

| | <50% | 50-69% | 70-89% | >90% |
|------|-------------|---------------------|----------|--------------|
| PDNS | no efectivo | efectividad posible | efectivo | muy efectivo |

Tabla 2

Baremos PDEM, a partir de Ma (2006).

| | <70% | 70-89% | 90-100% |
|------|-----------------------|-------------------|--------------|
| PDEM | eficacia cuestionable | eficacia moderada | muy efectivo |

Tabla 3

Baremos PNS adaptado de Parker y Vannest (2009).

| | <66% | 66-92% | 93-100% |
|-----|--------------|--------------|---------------|
| PNS | efecto débil | efecto medio | efecto grande |

Tabla 4

Baremos AESC. Criterios de normalidad estadística. Curva normal.

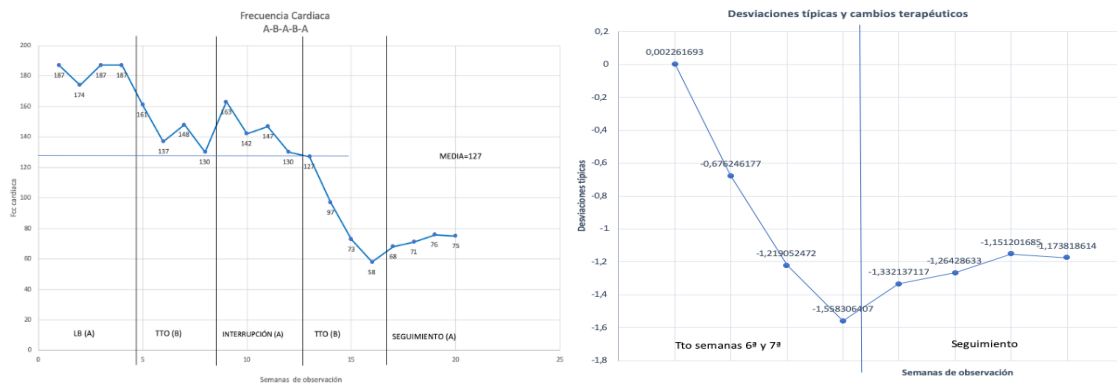
| | $\pm 1 s$ | $\pm 1,5 s$ | $\pm 2 s$ o $>$ |
|------|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| AESC | avance clínicamente positivo | mejoría significativa | normalización clínica |

Variable frecuencia cardiaca

Los resultados reflejados en la Figura 3; $PDNS = (8/8) \times 100 = 100\%$, $PDEM = (4/8) \times 100 = 50\%$ y $AESC =$ las mediciones del tratamiento muestran mejorías ligeras en las semanas 7.^a y 8.^a muestran una mejora clínicamente significativa direccionada al cambio terapéutico global. De igual modo, los datos de seguimiento también muestran una mejoría significativa ($PNS = 0$). A partir de los datos obtenidos se observa que existen evidencias que permiten considerar que el tratamiento desarrollado ha sido efectivo. Respecto al factor PDEM el grado de efectividad es cuestionable.

Figura 2

Frecuencia cardiaca y desviaciones típicas respecto del AESC de la variable frecuencia cardiaca.

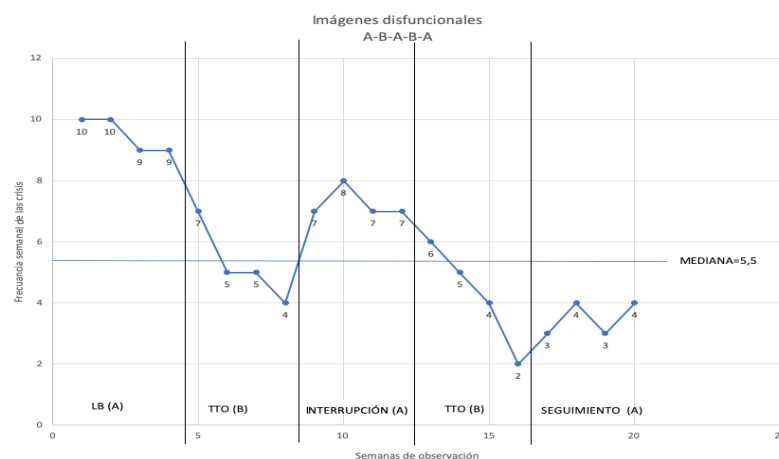


Variable imágenes disfuncionales

Respecto a los resultados obtenidos de imágenes disfuncionales expuestos en la Figura 3 se aprecia $PDNS = (8/8) \times 100 = 100\%$ y $PDEM = (6/8) \times 100 = 75\%$. Los resultados de PNS se encuentran reflejados en la Figura 8. A partir de la significación clínica aportada por los resultados $PDNS$ y $PDEM$, es plausible considerar que el tratamiento desarrollado ha sido efectivo o muy efectivo.

Figura 3

Valoración de imágenes disfuncionales

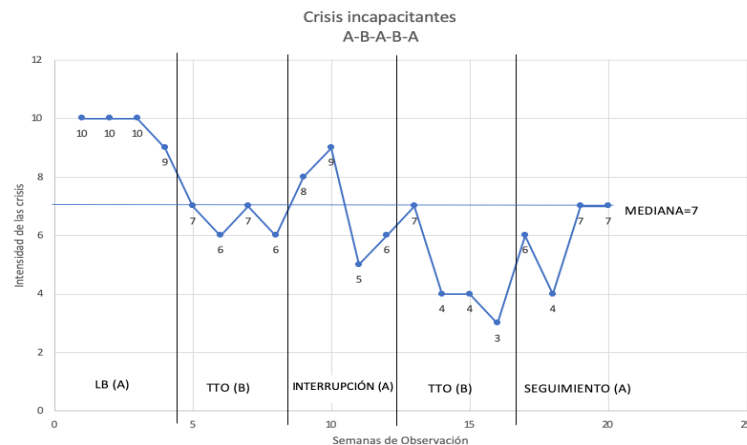


Variable momentos de aflicción o crisis incapacitantes

A continuación, en la Figura 4 se muestra la evolución de la variable momentos de aflicción o crisis incapacitantes $PDNS = (8/8) \times 100 = 100\%$ y $PDEM = (5/8) \times 100 = 63\%$. Asimismo, los datos relacionados con PNS aparecen en la Figura 8.

Figura 4

Valoración de crisis incapacitantes

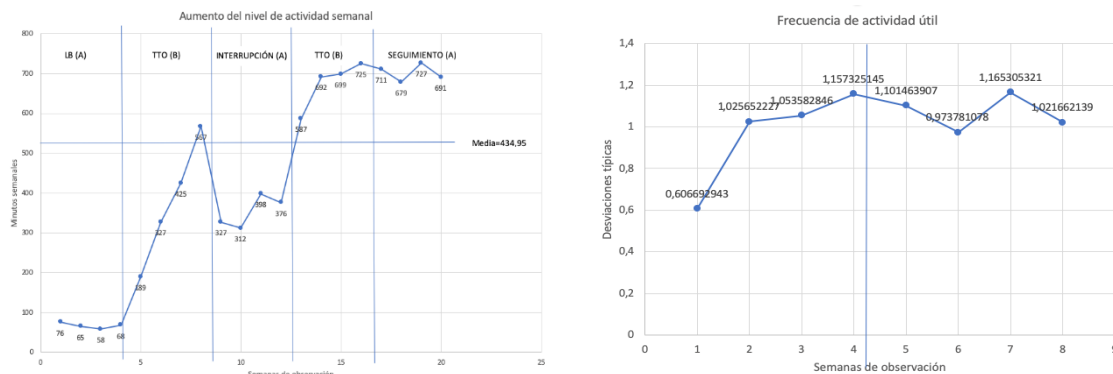


Del mismo modo que en las variables estudiadas con anterioridad, a partir de la significación clínica aportada por el $PDNS$ y $PDEM$, cabe considerar que el tratamiento desarrollado ha sido efectivo o muy efectivo.

Seguidamente, en la Figura 5 queda expresado el nivel de actividad conductual del cual se desprenden los siguientes datos estadísticos: $PDNS = (8/8) \times 100 = 100\%$, $PDEM = (5/8) \times 100 = 63\%$ y $AESC$, en el que las mediciones del tratamiento muestran mejorías significativas en las semanas 2, 3 y 4 del tratamiento (avance terapéutico positivo direccionado a la mejoría clínicamente significativa) y las semanas 2, 3 y 4 del seguimiento ($PNS = 0$).

Figura 5

Nivel de activación conductual y desviaciones típicas de la variable nivel de actividad



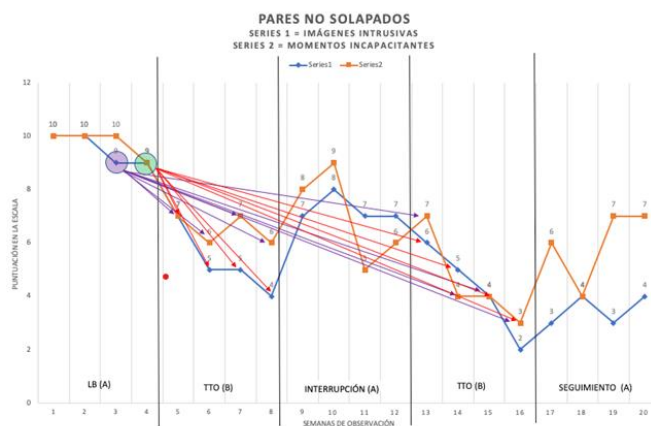
De igual forma, a partir de los resultados alcanzados se desprende que el tratamiento efectuado ha sido efectivo.

Pares no solapados para las variables imágenes disfuncionales y crisis incapacitantes

Finalmente, en la Figura 6 se observa la evolución de las variables imágenes disfuncionales y crisis incapacitantes. Así, respecto a la significación clínica de la variable imágenes intrusivas disfuncionales a partir de los datos obtenidos con el PNS se observa un 100% de efectividad del tratamiento para esta variable ($PNS = (8/8) \times 100 = 100\%$). Del mismo modo, la significación clínica de la variable momentos incapacitantes, a partir de los datos obtenidos con el PNS se aprecia el 100% de efectividad del tratamiento ($PNS = (8/8) \times 100 = 100\%$).

Figura 6

Pares no solapados para las variables Imágenes Disfuncionales y Crisis Incapacitantes.



4. Discusión

El propósito de este estudio de caso único fue el de incluir la percusión corporal en consultas externas de psicología, para lo cual era necesaria una delimitación conceptual y de investigación suficiente como para justificar su uso como herramienta eficaz en la reducción de niveles de ansiedad y de depresión en casos de duelo patológico. De la misma manera, sería posible orientar a futuros investigadores y clínicos en su quehacer cotidiano al delimitar su alcance y su efecto dentro de un tratamiento multicomponente. Las pretensiones del estudio se concretaban en disminuir de forma significativa la sintomatología ansioso-depresiva del paciente tomando como elemento especialmente

importante el incremento del nivel de actividad, aportando evidencias acerca de la eficacia y alcance de este tipo de tratamientos.

En la evaluación del sujeto de estudio se encontraron síntomas de anhedonia e incapacidad para sentir placer, al igual que en lo encontrado en los trabajos de Ansoleaga y Miranda-Hiriart (2014). Estos síntomas coexisten con el set de síntomas propuesto por las clasificaciones gnosológicas destacables (APA, 2013) y que son expresadas desde diferentes enfoques que ofrecen una visión más completa del síndrome en general, y de los síntomas depresivos en particular (Becerra-Gálvez et al., 2017; Cenalmor-Aparicio, 2017; Rondón et al., 2018).

También se hallaron signos y síntomas de ansiedad en consonancia a las aportaciones del DSM-5 (APA, 2013). Los elementos de disociación coinciden con las aportaciones de otros investigadores y sustentan, al igual que en nuestro caso, una idea de la disociación como un componente defensivo del paciente frente a la ansiedad sufrida (Serrano et al., 2016) y que, más allá de los componentes aislados de la ansiedad, nos encontramos con una fusión sintomática entre depresión y ansiedad, en consonancia con los trabajos de Pego-Pérez et al. (2018). Esta sintomatología contiene un correlato claramente cognitivo que produce una circularidad del síntoma alrededor de ideas intrusivas y que es expresado en el mismo sentido en la literatura correspondiente (Pedroza-Flores, 2015).

En la medición de la frecuencia cardíaca, variable ampliamente medida en consulta y por el propio paciente, se indagó la relación entre dicha medida y la ansiedad sufrida, corroborando esta relación a partir de las aportaciones de diferentes autores e investigadores (Álvarez-Gaviria et al., 2014; Ramírez-Parrondo et al., 2015; Sánchez et al., 2012) de entre los cuales, al igual que en los resultados de este estudio, algunos destacan la subjetividad como factor desencadenante y de mantenimiento en arritmias y otras disfunciones cardíacas circunstanciales (Sánchez et al., 2012).

Cuando se decidió utilizar técnicas de reprocesamiento, al revisar la literatura especializada, se observó que la mayor eficacia actual en consultas externas se consigue a través de técnicas de reprocesamiento por activación bilateral cerebral, centradas en la desensibilización de la persona, disminuyendo el set sintomático del paciente por reelaboración del síntoma (Shapiro, 2001, 2004; Shapiro y Forrest, 2008). En este sentido, el cuerpo está muy presente en el manejo de estas técnicas, dado que las expresiones sindrómicas del paciente así lo requieren, por lo que centrarse en las sensaciones

corporales supone un avance más en el tratamiento, cuestión coincidente con lo expresado por autores como Perm (2014) o Wilson et al. (2018), los cuales también incluyen y enfatizan elementos de reestructuración cognitiva.

Al decidir incluir un módulo de percusión-corporal en el tratamiento de este paciente, encontramos múltiples ejemplos de cómo el uso terapéutico del ritmo influye en la mejoría de diversas afecciones en el ámbito clínico (Vescelius, 1918; Bronson et al., 2018). Asimismo, se subraya cómo el aumento de la actividad conductual en nuestro sujeto de estudio muestra la perspectiva de la modificación de conducta ya hecha explícita en intervenciones similares en el pasado (Madsen, 2014). Por otro lado, el uso del ritmo como metodología compleja es expresada por autores tan relevantes como Nordoff y Robbins o Mary Priestley (Arango y Recuero, 2010; Vannay, 2014). Desde esta perspectiva, se aboga por la improvisación libre en momentos concretos de la terapia, defendida por innumerables autores que, al igual que en los resultados alcanzados, relacionan positivamente los síntomas depresivos con la improvisación rítmica (Aalbers et al., 2017).

Desde una perspectiva más específica, en relación al uso de la percusión-corporal, se localizaron antecedentes en técnicas de reprocesamiento, por golpeo o *tapping* del paciente o el propio terapeuta en el cuerpo del tratado (Shapiro, 2001, 2004; Shapiro y Forrest, 2008) y el uso del método BAPNE por autores como Salerno et al. (2017), el propio autor del método Romero-Naranjo (2008, 2011) y grupos de investigación, involucrando la percusión-corporal en los tratamientos y mejoras de las funciones ejecutivas. En este sentido, el aval del uso de la percusión corporal nos es cedido por investigaciones más específicas acerca de su uso (Romero-Naranjo y Romero-Naranjo, 2013) y más concretamente, el estudio de lo autopercutido sobre la puesta en marcha de factores de protección frente a la ansiedad y depresión, como la activación de habilidades psicológicas y sociales en pacientes con problemas variados como discalculia, autismo y otros (Romero-Naranjo, 2013).

En conclusión, se considera que el desarrollo del tratamiento ha permitido observar cambios positivos progresivos y significativos con base en la evidencia de la sintomatología ansioso-depresiva del paciente, así como una disminución progresiva de la frecuencia cardíaca del paciente. Del mismo modo, la implementación de la musicoterapia en el tratamiento psicológico del paciente ha permitido conseguir una disminución progresiva y significativa, en base a lo que se detalla en la evidencia

empírica, de la aparición de imágenes disfuncionales en el estatus cognitivo del paciente y de la aparición de momentos de aflicción vivenciados por el paciente, así como el aumento positivo, progresivo y significativo, de la activación conductual en el paciente. De este modo, a través de las evidencias obtenidas en el análisis del caso, a partir de los instrumentos psicométricos aplicados, de los índices del tamaño del efecto que aportan datos de mejoría y del análisis visual como aplicando los procedimientos numéricos, los resultados no han sido contrastados con exhaustividad estadística; es decir, su significatividad no es estadística más que en sus aspectos descriptivos, pero arrojan una gran significatividad clínica.

5. Referencias

- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R.E., Spreen, M., Ket, J.C.F., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X.J. y Gold, C. (2017). Music therapy for depression (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD004517.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3>
- Ahokas, J.R. (2015). *Brain and body percussion; The relationship between motor and cognitive function*. Music Mind and Technology Department of Music. University of Jyväskylä.
- Alneyadi, M., Drissi, N., Almeqbaali, M., & Ouhbi, S. (2021). Biofeedback-Based Connected Mental Health Interventions for Anxiety: Systematic Literature Review. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(4), e26038.
<https://doi.org/10.2196/26038>
- Álvarez-Gaviria, M., Herazo-Bustos C. y Mora, G. (2014). Enfoque semiológico de las palpitaciones. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(1), 119-130.
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n1.43779>
- Ansoleaga, E. y Miranda-Hiriart, G. (2014) Depresión Laboral. Invasat.Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo. Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación. *Revista Costarricense de Psicología [online]*, 33(1), 1-14.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-5*. American Psychiatric Association.

- Arango, M.I. y Recuero, M. (2010). *Music therapy and acoustic engineering: a first approach*. Cancún. 2nd PanAmerican/Iberian Meeting on Acoustics. 160th Meeting of the Acoustical Society of America. 7th Iberoamerican Congress on Acoustics. 17th. Mexican Congress on Acoustics
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorder. The natural and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press.
- Becerra-Gálvez, A., Reynoso-Erazo, L., Bravo-González, M. C. y Ordaz-Carrillo, M. I. (2017). *Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. Psicooncología, 14(2-3), 203-216.*
<https://doi.org/10.5209/PSIC.57080>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry, 4*, 561–571.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Belitsky, R. y Jacobs, S. (1986). Bereavement, attachment theory, and mental disorders. *Psychiatric Annals, 16(5)*, 276-280.
<https://doi.org/10.3928/0048-5713-19860501-06>
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología, 2*. McGrawHill
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D. y Nesse, R.M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of personality and social psychology, 83(5)*, 1150-1164.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.5.1150>
- Bono-Cabré, R. y Arnau-Gras J. (2014). *Diseños de caso único en ciencias sociales y de la salud*. Síntesis.
- Bronson, H., Vaudreuil, R. y Bradt, J., (2018). *Music Therapy Treatment of Active Duty Military: An Overview of Intensive Outpatient and Longitudinal Care Programs*.
- Bulfone, T., Quattrin, R., Zanotti, R., Regattin, L. y Brusaferrò, S. (2009). Effectiveness of music therapy for anxiety reduction in women with breast cancer in chemotherapy treatment. *Holistic nursing practice, 23(4)*, 238–242.
<https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181aeceee>

- Campbell, J.M. y Herzinger, C.V. (2010). Statistics and single subject research methodology. In D. L., Last (Ed.). *Single subject research methodology in behavioral sciences*, 417-435. New York. Routledge.
- Carlson, L.E., Zelinski, E., Toivonen, K. *et al.* (2017). Mind-Body Therapies in Cancer: What Is the Latest Evidence? *Current Oncology Reports*, 19, 67.
<https://doi.org/10.1007/s11912-017-0626-1>
- Carmona, J. (Dir.), García-Cubillana, P., Millán, A., Huizing, E., Fernández-Regidor, G., Rojo, M., y Aguilera, L. (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: 2016-2020*. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Cenalmor-Aparicio, C., Bravo-Quelle, N., Miranda-Acuña, J., Luque-Buzo, E., Herrera-Tejedor, J. y Olazarán-Rodríguez, J. (2017). Influencia de la depresión en el diagnóstico inicial y evolutivo del deterioro cognitivo. *Revista de Neurología*, 65(02), 63-69.
<https://doi.org/10.33588/rn.6502.2017088>
- Clayton, P.J. (1998). The model of stress: The bereavement reaction. En B.P. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, stress, and psychopathology* (pp. 96-110). Oxford University Press.
- Crespo-Colomino, N. y Romero-Naranjo, F.J. (2014). Percusión-corporal and dyslexia. Theoretical and practical contribution through the BAPNE method. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 686-689.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.373>
- Forooghy, M., Mottahedian Tabrizi, E., Hajizadeh, E. y Pishgoo, B. (2015). Effect of Music Therapy on Patients' Anxiety and Hemodynamic Parameters During Coronary Angioplasty: A Randomized Controlled Trial. *Nursing and midwifery studies*, 4(2), e25800.
<https://doi.org/10.17795/nmsjournal25800>
- González, M., Herrero, M., Viña C., Ibáñez, I. y Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 289-304.
- Gustavson, D.E., Coleman, P.L., Iversen, J. R., Maes, H.H., Gordon, R.L. y Lense, M.D. (2021). Mental health and music engagement: review, framework, and guidelines for future studies. *Translational psychiatry*, 11(1), 370.
<https://doi.org/10.1038/s41398-021-01483-8>

- Jasemi, M., Aazami, S. y Zabihi, R.E. (2016). The Effects of Music Therapy on Anxiety and Depression of Cancer Patients. *Indian journal of palliative care*, 22(4), 455–458.
<https://doi.org/10.4103/0973-1075.191823>
- Kamioka, H., Tsutani, K., Yamada, M., Park, H., Okuizumi, H., Tsuruoka, K., Honda, T., Okada, S., Park, S. J., Kitayuguchi, J., Abe, T., Handa, S., Oshio, T. y Mutoh, Y. (2014). Effectiveness of music therapy: a summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of music interventions. *Patient preference and adherence*, 8, 727-754.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S61340>
- Kazdin, A.E. (2008). Evidence-based treatment and practice. New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Kratochwill, T.R., Hitchcock, J.H., Horner, R.H., Levin, J.R., Odom, S.L., Rindskopf, D.M. y Shadish, W.R. (2013). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education*, 34, 26-38.
- Landis-Shack, N., Heinz, A.J. y Bonn-Miller, M.O. (2017). Music therapy for posttraumatic stress in adults: A theoretical review. *Psychomusicology: Music, Mind, and Brain*, 27(4), 334–342.
<https://doi.org/10.1037/pmu0000192>
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X. y Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 439-499.
[https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)
- Ma, H.-H. (2006). An alternative method for quantitative synthesis of single-subject research: percentage of data points exceeding the median. *Behavior modification*, 30(5), 598-617.
<https://doi.org/10.1177/0145445504272974>
- Ma, H.-H. (2009). The effectiveness of intervention on the behavior of individuals with autism: a meta-analysis using percentage of data points exceeding the median of baseline phase (PEM). *Behavior modification*, 3(3), 339-359.
<https://doi.org/10.1177/0145445509333173>

- Madsen, C.K. (2014). *A behavioral approach to music therapy*. Center for Music Research School of Music, The Florida State University.
- Marc, I., Toureche, N., Ernst, E., Hodnett, E.D., Blanchet, C., Dodin, S., Njoya, M.M. (2011). Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD007559.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007559.pub2>
- McGlinchey, J.B., Atkins, D.C. y Jacobson, N.S. (2002). Clinical significance methods: which one to use and how useful are they? *Behavior therapy*, 33(4), 529-550.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80015-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80015-6)
- Mehr, S. A., Singh, M., Knox, D., Ketter, D. M., Pickens-Jones, D., Atwood, S., ... & Glowacki, L. (2019). Universality and diversity in human song. *Science*, 366(6468).
<https://doi.org/10.1126 / science.aax088>
- Núñez, I. y Crismán, R. (2016). La ansiedad como variable predictora de la autoestima en adolescentes y su influencia en el proceso educativo y en la comunicación. *Revista Iberoamericana de Educación*, 71(2).
- Parker, R. I. & Vannest, K. J. (2009). An improved effect size for single case research: NonOverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40, 357-367.
- Pedroza-Flores, R. (2015). Reeducción cognitiva - emotiva en caso de ansiedad ante los exámenes. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(11), 319-335.
- Pego-Pérez, R., Del Río-Nieto, M.C., Fernández-Rodríguez, I. y Gutiérrez-García, E. (2018). Prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia. *ENE Revista de enfermería*, 12(2).
- Perm, J. (2014). *The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences*. US National Library of Medicine. National Institutes of Health.
- Perston, D. y Carter, M. (2009). A review a efficacy of the pictures schange communication system intervention. *Journal of the autism and developmental disorders*, 39, 1147-1486.

- Poch, S. (2001). Importancia de la Musicoterapia en el Área Emocional del Ser Humano. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 42, 91-113.
- Raglio, A., Attardo, L., Gontero, G., Rollino, S., Groppo, E. y Granieri, E. (2015). Effects of music and music therapy on mood in neurological patients. *World journal of psychiatry*, 5(1), 68–78.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i1.68>
- Raglio, A., Attardo, L., Gontero, G., Rollino, S., Groppo, E., & Granieri, E. (2015). Effects of music and music therapy on mood in neurological patients. *World journal of psychiatry*, 5(1), 68-78.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i1.68>
- Ramírez-Parrondo, E., Arrieta, A., López-Chamón, R., Casquero, R. y Arbesú, J. A. (2015). Palpitaciones y ansiedad: abordaje biopsicosocial. *Medicina de Familia*, 41, 695. SEMERGEN.
- Romero-Naranjo A. (2013). La percusión corporal como recurso terapéutico. XI Jornadas de Redes de Investigación en Docencia Universitaria: docencia e investigación para alcanzar la excelencia académica. <http://web.ua.es/es/ice/jornadas-redes/documentos/2013-comunicacionesorales/335233.pdf>
- Romero-Naranjo, F. J. (2008). *Percusión corporal e Inteligencias Múltiples*. Actes de les VII Jornades de música. Universidad de Barcelona.
- Romero-Naranjo, F. J. (2011). *BAPNE: Body percussion, Theoretical practical foundation*. Vol 3. Body music – Body Percussion Press.
- Romero-Naranjo, F. J. y Romero-Naranjo, A. A. (2013). *Percusión corporal y depresión. Aproximación metodológica según el método BAPNE*. XI Jornadas de Redes de Investigación en Docencia Universitaria. Universidad de Alicante.
- Rondón, J., Cardozo, I. y Lacasella, R. (2018). Influencia de la depresión, los estilos de comunicación y la adhesión al tratamiento sobre los niveles de glucosa en personas con diabetes. *Acta Colombiana de Psicología [online]*, 21(2), 39-53.
<https://doi.org/10.14718/ACP.2018.21.2.3>
- Salerno, G., Cefaratti, L. & Romero-Naranjo, F. J. (2016). The BAPNE Method: a New Approach and Treatment for Depressive Disorders. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 237, 1439-1443.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.225>

- Sánchez, M., Palacios, F., Leal-Costa, C. y Van-Der Hofstadt-Román, C. (2012). Efectos del estrés mental sobre los índices de variabilidad de la frecuencia cardiaca y la entropía aproximada. *Revista de Psicología de la Salud*, 20, 23-35.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R.M. (2016). *TCC de los trastornos de ansiedad: Innovaciones en niños y adolescentes*. Klinik.
- Scruggs, T.E. y Mastropieri, M.A. (1998a). PND at 25: past, present, and future trends in summarizing single subject. *Remedial and special education*, 34, 9-19.
- Scruggs, T.E. & Mastropieri, M.A. (1998b). Summarizing single-subject research: issues and applications. *Behavior Modification*, 22, 221-242.
- Serna-Domínguez, M., Romero-Naranjo, F.J., Sánchez-González, E., Piqueres de Juan, I., García-Sala, M. y Trives-Martínez, E. A. (2019). Innovación y modelos de enseñanza-aprendizaje en la Educación Superior (capítulo 4, 1.ª ed.). En *Investigación en percusión corporal. Estudio bibliométrico de la percusión corporal hasta 2017*. Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones.
- Serrano, A., González-Ordi, H. y Corbí, B. (2018). Evaluación de la Sugestionabilidad en Trastornos Emocionales. Un Estudio Exploratorio. *Clínica y Salud. Investigación Empírica en Psicología*, 29(3), 139-145.
<https://doi.org/10.5093/clysa2018a20>
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Guildford Press.
- Shapiro, F. (2004). *EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma*. Basic books.
- Shapiro, F. y Forrest, M. (2008). *EMDR: Una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y los traumas*. Kairós.
- Solomon, R.M. y Shapiro, F. (2014). EMDR y el Modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información. Mecanismos potenciales del cambio. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(10), 1891-1933.
- Stroebe, W., Abakoumkin, G. y Stroebe, M. (2010). Beyond depression: yearning for the loss of a loved one. *Omega*, 61(2), 85-101.
<https://doi.org/10.2190/OM.61.2.a>

- Utz, R. L., Caserta, M. y Lund, D. (2012). Grief, depressive symptoms, and physical health among recently bereaved spouses. *The Gerontologist*, 52(4), 460-471.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnr110>
- Vannay, V. (2014). *Musicoterapia en personas con fibromialgia*. La Casita de Paz.
- Vescelius, E.A. (1918). Music and health. *The Musical Quarterly*, 4(3), 376-401.
- Wilson G., Farrell D., Barron I., Hutchins J., Whybrow, D. y Kiernan, M. D. (2018). The Use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Therapy in Treating Post-traumatic stress disorder- A Systematic Narrative Review. *Frontiers in psychology*, 9, 923.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00923>
- Zhou, K.N., Li, X.M., Yan, H., Dang, S.N. y Wang, D.L. (2011). Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy. *Chinese medical journal*, 124(15), 2321-2327.