

LA MUSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

Patricia Martí Augé
Centre Clínic de Musicoteràpia

This article underlines the benefits and therapeutic uses of music, especially in the treatment of chronic pain. Consequently with these purposes different dimensions as sensorial, affective and cognitive aspects of music are considered. In this way music therapy becomes a natural mean for pains relief and palliative care that can be integrated with other medical or not medical treatments.

Key words: Music, therapy, chronic pain, medicine, relaxation, motivation, cognition, affects.

Introducción.

Los resultados obtenidos hasta el momento actual en los diferentes estudios sobre el tratamiento del dolor crónico apuntan hacia un abordaje del dolor desde una perspectiva multidimensional y bajo un modelo biopsicosocial (Esteve y Ramírez, 2006; Moix, 2006; Van der Hofstadt y Quiles, 2001). Las intervenciones psicológicas y no farmacológicas, entre las que se encuentra la musicoterapia, son tratamientos que han mostrado sus efectos beneficiosos en diferentes campos de la salud, siendo uno de ellos el del dolor crónico (Martí y Mercadal, 2004). La música ofrecida en un contexto terapéutico ejerce un efecto a nivel multidimensional y presenta diferentes funciones. Los programas de intervención con musicoterapia permiten abordar los aspectos sensoriales, afectivos y cognitivos de la persona con dolor crónico y contribuye a aliviar su sufrimiento. De este modo, promover estados de relajación o de activación, facilitar la expresión y soporte emocional, elevar el estado anímico o focalizar la atención en el estímulo musical son algunos de los efectos que la música puede ofrecer a la persona con dolor.

La musicoterapia

Las aplicaciones de la música en el contexto terapéutico han estado presentes desde la antigüedad, y el estudio y aplicación de la música como recurso terapéutico

ha ido evolucionando en función de las creencias y costumbres de cada época, pudiéndose distinguir tres fases en este proceso curativo (Alvin, 1984). Una primera fase en la que las curas musicales estaban relacionadas con la magia; una segunda en la que la curación estaba relacionada con la religión y, finalmente, una tercera fase caracterizada por el pensamiento racional. Estos diferentes estudios realizados con la música en la terapia fueron constituyendo los fundamentos y precursores de lo que actualmente se conoce como la musicoterapia moderna y científica.

La American Music Therapy Association (AMTA) es la asociación de musicoterapia que cuenta con más tradición y desarrollo profesional. Según la AMTA (2005), la musicoterapia es la utilización de la música y de todo tipo de experiencias musicales para restaurar, mantener y/o mejorar la salud física y psíquica de las personas. La aplicación sistemática de la música, dirigida por un musicoterapeuta profesional en un entorno terapéutico, puede promover cambios deseables en el funcionamiento físico, cognitivo, psicológico o social de personas con problemas educativos o de salud. Es interesante señalar unos puntos clave de este tipo de tratamiento: la utilización clínica y basada en la evidencia de las intervenciones musicales, la importancia de la relación terapéutica en el contexto musical, y la implementación del tratamiento por parte de un profesional especializado en esta disciplina es lo que ayudará en la consecución de objetivos terapéuticos.

La musicoterapia en medicina

Los campos de aplicación de la musicoterapia son amplios y variados, siendo el área médica una interesante especialidad. La aplicación de la musicoterapia en medicina ha ido experimentando un creciente interés desde los años 80 gracias a los resultados satisfactorios que se han ido obteniendo en diversos estudios e investigaciones sobre la materia. Standley (1986) realizó un primer meta-análisis en el que recogió los diferentes tipos de intervenciones musicoterapéuticas en contextos médicos, describió las técnicas aplicadas, y categorizó los diferentes parámetros estudiados y medidos. Esta autora ha ido realizando a lo largo de los años actualizaciones de estos metanálisis, aportando así un interesante y sólido cuerpo teórico y metodológico para esta especialidad y disciplina (Standley, 2000). Paralelamente, las aportaciones de la musicoterapia se han valorado también como terapia no verbal artística y creativa y como terapia natural, complementaria y no-farmacológica. El número de estudios científicos sobre los efectos de la música en el tratamiento médico continúa creciendo en la actualidad, y ofrece valiosas aportaciones a los profesionales del campo de la salud, así como interesantes implicaciones para futuras investigaciones y aplicaciones, hecho que ha ayudado a validar el uso de la musicoterapia y a reconocer su rol en medicina (Winn & Winn Walker, 1996).

La musicoterapia en medicina se puede definir como la utilización de estrate-

gias musicoterapéuticas para ayudar en el tratamiento de enfermedades y en el reestablecimiento de la salud de las personas (Maranto, 1991). La AMTA (2005) defiende y regula la utilización específica de la música en contextos médico-quirúrgicos, pediátricos, paliativos, obstétricos y de rehabilitación, entre otros. Las aplicaciones de la música en medicina son amplias y diversas: la musicoterapia ha sido utilizada con pacientes de todas las edades, incluyendo bebés, niños, adultos y personas mayores y en diferentes contextos: cirugía, unidad de cuidados intensivos neonatales, pediatría, rehabilitación física, cuidados respiratorios, unidad de quemados, reducción del estrés, hospital general y UCI, preparación al parto, oncología, enfermedades terminales, y unidades de tratamiento del dolor, entre otros (Evans, 2002).

Dimensiones del dolor y efectos de la música

El dolor ha sido descrito como un fenómeno complejo resultante de la interacción de componentes sensoriales, cognitivos y afectivos (Melzack & Cassey, 1968). Esta manera de entender el dolor integra los aspectos fisiológicos con los psicológicos, y permiten abordar el dolor de una manera multidimensional (Van der Hofstadt y Quiles, 2001).

Una de las características terapéuticas de la música es precisamente su multidimensionalidad, dado que muchos son los efectos que ésta tiene sobre las diferentes áreas o dimensiones del ser humano (Martí, 2000). La música tiene pues, un efecto a nivel multimodal, permitiendo tratar aspectos de tipo sensorial, cognitivo y emocional, entre otros (Taylor, 1997). De este modo, variar determinados parámetros fisiológicos del organismo, disminuir la tensión, facilitar estados de relajación, facilitar la expresión y soporte emocional, modular el estado anímico o focalizar la atención en el estímulo musical son algunos de los efectos que la música puede tener en el tratamiento de una persona con dolor.

Seguidamente pasamos a describir algunas de las conexiones que se dan entre la música y las 3 dimensiones del dolor formuladas por Melzack y Wall (1965).

1) Dimensión sensorial-discriminativa

La música puede tener efectos a nivel sensorial y por tanto a nivel físico-corporal. En el contexto del dolor, muchas de las intervenciones con musicoterapia suelen ir dirigidas a favorecer estados de relajación.

Una frecuente categorización de la música y de sus efectos a este nivel es la que propuso Gaston (1968) a finales de los años 60, que sigue en vigor en la actualidad, y que clasifica la música como música sedante versus música estimulante. Esta categorización de la música resulta especialmente interesante y útil en el campo de la musicoterapia en medicina y concretamente en el contexto del control del dolor, un campo en el que el análisis de los efectos de la música a nivel fisiológico tiene especial importancia, así como el control del

estímulo musical y de sus parámetros. La sincronización entre parámetros fisiológicos y musicales es un hecho ya descrito, pudiéndose afirmar que una música utilizada de manera estudiada y controlada puede modular las respuestas de la persona (Maranto, 1993). La utilización de una música de carácter sedante para elicitar estados de relajación, conjuntamente con estrategias terapéuticas orientadas hacia ese fin, es una de las intervenciones ampliamente utilizada en la musicoterapia dirigida al control del dolor (Cepeda, 2006). En términos generales, la música sedante es aquella que se considera más facilitadora de estados de relajación y que se caracteriza por: tempos lentos y regulares, pasajes legato, ausencia de elementos rítmicos y percusivos, cambios previsibles, dinámicas suaves, armonías consonantes, melodías simples y con intervalos cercanos (Mandel, 1996).

La respiración y la relajación se presentan habitualmente como dos estrategias válidas y eficaces para facilitar estados de mayor distensión, descanso, relajación en personas que sufre dolor... Se ha observado como ante una situación de dolor pueden verse aumentados los niveles de ansiedad, lo que suele conllevar a su vez un bloqueo de la respiración. La música puede actuar como guía para acompañar y controlar esta respiración y ayudar a focalizar la atención en la técnica de relajación, disminuyendo las distracciones (Saperston, 1999). A fin de potenciar el estado de relajación de una persona o paciente, es fundamental determinar cuáles son sus preferencias musicales en general y cuál es su música preferida para relajarse (Gaston, 1951, citado en Saperston, 1989, p.28). Cuando el estímulo musical es percibido como agradable y relajante pueden verse potenciados los procesos fisiológicos y psicológicos de la relajación (Davis & Thaut, 1989).

Por otro lado, en el contexto del dolor cabe señalar que frecuentemente no sólo es importante diseñar estrategias de relajación, sino también de estimulación física, de modo que la música puede actuar como un agente estimulante, que ofrece una señal auditiva que actúa como inductora del movimiento, y que al resultar agradable e inspiradora para la persona puede motivar y facilitar su implicación en la realización de ejercicio físico o de tareas cotidianas, aumentando así el nivel de actividad de su vida diaria (Gfeller, 2000; Moreno, 2005; Thaut 2000; Wolfe 1978; Zelazny, 2001). La música puede pues acompañar el ejercicio físico y/o de rehabilitación, y en este contexto el tipo de música seleccionada deberá tener unas características estimulantes, con parámetros musicales totalmente distintos de los de la música relajante, fin de inducir más fácilmente el movimiento.

2) **Dimensión motivacional-afectiva**

Con respecto al nivel afectivo, han sido también estudiado los efectos de la música y musicoterapia en pacientes hospitalizados o en contextos médicos, en

los que la ansiedad, distrés y dolor pueden estar frecuentemente presentes (Spintge, 1991). El Dr. Ralph Spintge (1989) acuñó el término de “música ansiolítica”, basándose en el hecho de que el input auditivo es un modulador del estado anímico y de la respuesta al estrés. Determinados programas de musicoterapia están diseñados para ofrecer un apoyo psicológico a la persona que sufre ansiedad y estrés debido a diferentes aspectos, siendo el dolor uno de ellos (Gfeller, 2000; Standley, 2000). La música puede inducir cambios positivos en el estado anímico ayudando al paciente a afrontar su situación de dolor, fomentar verbalizaciones positivas, así como elicitar experiencias emocionales positivas que pueden llegar a tener un rol incluso catártico (Bonny, 1983; Brown, Chen & Dworkin, 1989; Kenny & Faunce, 2007; Wolfe, 1978). La música se ha considerado desde tiempos remotos como una forma de comunicación potente, con la que se pueden expresar emociones profundas, además de ofrecer un bienestar emocional (Colwell, 1997). Las técnicas de musicoterapia tanto activas como receptivas permiten ahondar en el campo emocional, y ofrecer un espacio de soporte y ventilación emocional. Así, participar en audiciones musicales, cantar o vocalizar en grupo, escribir canciones, analizar letras de canciones con mensajes significativos, tocar instrumentos o improvisar con ellos, y hacer movimientos al ritmo de la música son algunas de las técnicas que han mostrado su eficacia como recurso expresivo de personas que sufren dolor (Clair, 1996; Colwell, 1997; Krout, 2001; Magill-Levreault, 1993).

3) La dimensión cognitiva-evaluativa

La música se puede utilizar conjuntamente con métodos cognitivos dirigidos a reducir la percepción del dolor. Una de las funciones de la música es ayudar a focalizar la atención en ella misma y/o en el ejercicio de relajación, y mantener la concentración en el estímulo agradable (Saperston, 1999; Wolfe, 1978). En técnicas de tipo más activo, que requieren una mayor implicación y activación por parte de la persona, como cantar canciones o tocar instrumentos musicales, la música juega también un papel importante como agente distractor del dolor (Brown, Chen & Dworkin, 1989).

Además, uno de los frecuentes objetivos generales de intervención en las sesiones de musicoterapia dirigidas a pacientes con dolor crónico es el de abordar las estrategias de afrontamiento y realizar un trabajo de reestructuración cognitiva, resolución de problemas, asertividad, etc. De este modo, ayudar al paciente a identificar, contrastar y corregir las conceptualizaciones desadaptadas, corregir y modificar las creencias disfuncionales que el paciente tiene sobre sí mismo y sobre su situación; analizar el tipo y adecuación de los repertorios conductuales, e incidir en el rol que tienen los pensamientos y sentimientos del paciente en su proceso de dolor, son objetivos terapéuticos que

se abordan en las sesiones de musicoterapia y que van en la misma línea de los diferentes tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales, que han sido descritos como eficaces (Blanchard y Scharff, 2002; Follick, Ahern & Aberger, 1987; Gottlieb, Strite, Koller, Madrosky, Hockersmith, Kleeman, & Wagner, 1977; Khatami y Rush, 1978; Kole-Snijders, Vlaeyen, Goossens, Rutten, Heuts, van Eek, & van Breukelen; 1999; Kulich y Gottlieb, 1985; Meichenbaum, 1977; Turk, 1978; Turk y Genest, 1979; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983; Turk y Okifuji, 2002; Pincus, Vlaeyen, Kendall, Von Korff, Kalauokalani, & Reis, 2002); Sinclair y Wallston, 2001; Williams, Cary, Groner, Chapli, Galzer, Rodriguez, & Clauw, 2002).

Las técnicas de musicoterapia tanto activas (análisis de letras de canciones, composición de canciones, tocar instrumentos musicales, improvisar o cantar canciones) como receptivas (relajación acompañada de música) son un excelente recurso que permite trabajar también en el plano cognitivo de la persona con dolor.

Las funciones de la música en el contexto del dolor

Las aplicaciones de la música en el campo del dolor son diversos, y la musicoterapia ha sido utilizada como tratamiento para el control del dolor en contextos como: rehabilitación física, psicoprofilaxis quirúrgica, preparación al parto, unidad de quemados, UCI, pediatría, oncología, cuidados paliativos, etc., así como en el contexto propiamente del dolor crónico (Cepeda, 2006; Rider, 1987; Schorr, 1993; Sedei-Godley, 1987; Standley, 2000; Wolfe, 1978).

Cuando hablamos de la música aplicada en el tratamiento del dolor, ansiedad y estrés, la música puede tener diferentes funciones. Según la Dra. Jane Standley (2000) en este conetxtto la música tiene tres funciones: audioanalgésica, ansiolítica y sedante. Con respecto a la función audioanalgésica, un mecanismo explicativo del efecto analgésico de la música estaría basado en la teoría del control de la puerta (Melzack & Wall, 1965), dado que se ha demostrado que el dolor y las vías auditivas se inhiben mutuamente (Spintge, 1989; Koch, Kain, Ayoub & Rosenbaum, 1998). Desde un punto de vista bioquímico, se ha observado como los estímulos musicales pueden también influir en la producción bioquímica, alterando los niveles de endorfinas y reduciendo el malestar del paciente (Gfeller, 2000). Así pues, la música puede actuar como agente audioanalgésico disminuyendo la ingesta de fármacos (Colwell, 1997). Con respecto a la función sedante, ciertamente se puede afirmar que el efecto calmante de la música puede llegar a disminuir la necesidad no sólo de analgésicos sino también de sedantes, especialmente de aquellos pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas (Clancy, Martí y Mercadal, 2005; Koch, et al., 1998; Lepage, Drolet, Girard, Grenier & DeGagné, 2001; Scartelli, 1989). La función ansiolítica de la música ha sido ya descrita en el punto anterior.

Otra posible categorización de las funciones de la música en el control es la que

propone Gfeller (2000) y que describimos a continuación:

- a) Música como foco activo de atención: Tal y como se ha comentado anteriormente, la música ayuda a focalizar la atención del paciente en un estímulo musical siempre y cuando ésta le resulte agradable, y a distraerle de la sensación o estímulo doloroso y aversivo.
- b) Música como guía de la relajación: La música puede guiar la relajación, adaptándose a los diferentes métodos de relajación a los que acompaña (Bonny, 1983; Scartelli, 1989). Es importante adecuar la música al tipo de técnica de relajación seleccionada y al tipo de objetivo específico formulado, así como contemplar los criterios de selección de música para relajar (Martí, 2006). Una música familiar y tranquila puede aportar seguridad y sensación de control, hecho que revierte y facilita positivamente los estados de relajación.
- c) Música como agente enmascarador: Determinados sonidos del entorno pueden resultar desagradables y molestos para la persona, pudiendo incluso exacerbar su experiencia dolorosa. Escuchar música con auriculares puede ayudar a enmascarar y mitigar esos sonidos desagradables del entorno y reducir la ansiedad producida por esos factores externos.
- d) Música como agente informador: La búsqueda de información es una de las estrategias de afrontamiento que puede ayudar a reducir los correlatos psicológicos negativos del dolor. En el contexto pediátrico especialmente, componer o adaptar letras de canciones que aporten información relacionada con la experiencia dolorosa ha de mostrado ser beneficiosa (Chetta, 1981)
- e) Música como estímulo musical positivo: La sensación de falta de control de la situación constituye una fuente de estrés y puede exacerbar la percepción dolorosa. Si bien la percepción de la pérdida de control puede ser inevitable en algunas circunstancias, ésta puede mitigarse con la presencia de una música familiar, agradable y preferida por el paciente. Cuando la música es elegida por el propio paciente, suele aumentar su sensación de control y aportar una experiencia positiva.

Es importante señalar que todas estas funciones de la música parten de una premisa muy importante en musicoterapia: respetar las preferencias musicales de cada paciente y adaptarse a sus necesidades y capacidades de cada momento. Y al igual que una estrategia del control del dolor no funciona igual para todos los pacientes, una misma música puede provocar efectos totalmente distintos en ellos. La observación y acompañamiento del paciente en todo momento, así como la adaptación de la música y las técnicas de musicoterapia a las necesidades de cada momento, posibilitarán un mayor éxito en la consecución de los objetivos de intervención.

La musicoterapia en el tratamiento del dolor crónico

Los resultados de las diferentes líneas de investigación sobre el tratamiento del dolor crónico desarrolladas hasta el momento actual apuntan hacia un abordaje del dolor desde una perspectiva multidimensional y bajo un modelo biopsicosocial (Esteve y Ramírez, 2006; Moix, 2006; Van der Hofstadt y Quiles, 2001). Se ha mostrado como los factores psicológicos juegan un gran papel en la experiencia del dolor, hecho que ha llevado al desarrollo de diferentes métodos y técnicas psicológicas para su tratamiento (Miró, 2003) y a incorporar al presencia del psicólogo especialista en el tratamiento del dolor en el equipo multidisciplinar (Vallejo y Comeche, 1994, citado en Barba Tejedor, 2007).

Partiendo de la experiencia de países extranjeros en los que la musicoterapia está firmemente arraigada desde hace años, podemos decir que el musicoterapeuta tiene un rol definido en este equipo multidisciplinar, trabajando conjuntamente con el psicólogo, y aportando una visión complementaria propia de las terapias artísticas creativas así como de las llamadas terapias naturales y no farmacológicas.

Como terapia artística creativa, el tratamiento con musicoterapia ofrece una comunicación de tipo no verbal a través de la música, que suele ser el medio principal de expresión. Este enfoque terapéutico, resulta eficaz para ayudar al paciente a expresarse sin palabras y para ofrecerle un espacio de seguridad en el que explorar nuevas vías de exploración y descubrimiento personal, a fin de afrontar su situación de vida (Bullington, Sjöström-Flanagan, Nordemar & Nordemar, 2005).

Como terapia natural, cabe decir que la musicoterapia -al igual que sucede con las otras terapias no farmacológicas- es un tratamiento que permite optimizar las áreas de funcionamiento del enfermo, evita los efectos secundarios de los fármacos, y adecuadamente implementadas por especialistas, puede ser compatible con otros tratamientos (Mercadal y Martí, 2005). En la misma línea, Benenson (2006) argumenta que el tratamiento no tiene riesgo de presentar efectos secundarios, que estimula internamente al sujeto sin necesidad de que éste ingiera o se le inyecte algo externamente, que tiene como objetivo principal el hacer tolerable el dolor, y que actúa sobre factores psicológicos.

De entre las diferentes orientaciones y modelos de intervención de la musicoterapia reconocidos internacionalmente podemos destacar aquí el modelo cognitivo-conductual. Al igual que sostiene Miró (2003) en apoyo de este modelo filosófico de intervención, esta orientación resulta adecuada para tratar la complejidad del problema de dolor crónico.

Los programas de musicoterapia en el tratamiento del dolor crónico suelen ir dirigidos a trabajar estos objetivos generales de intervención (Martí, 2007):

- Ofrecer un espacio de entrenamiento y adquisición de estrategias de afrontamiento del dolor a nivel físico-sensorial (mediante técnicas de relajación y/o estimulación apoyadas en la música), a nivel afectivo (mediante técnicas de expresión y ventilación emocional con música) y a

nivel cognitivo (mediante técnicas de distracción y reestructuración cognitiva apoyadas en la música).

- Promover un cambio conductual en la vida diaria de los pacientes, mejorando aspectos relacionados con el nivel de actividad, estado anímico, relaciones interpersonales, entre otros.
- Aportar apoyo social y contribuir a la socialización mediante un espacio de encuentro periódico en el que participar y relacionarse con el grupo y/o musicoterapeuta.

Cabe señalar, que si bien nos hemos centrado en las dimensiones sensorial, afectiva y evaluativa del dolor, en el contexto musicoterapéutico es importante considerar también la dimensión social de la persona con dolor crónico. La música ha sido considerada desde siempre como un excelente agente socializador (Gaston, 1968), que permite a los participantes relacionarse e interactuar a nivel verbal y no verbal, trabajar las habilidades sociales y disminuir el aislamiento, un hecho importante en el contexto del dolor crónico (Moreno, 2005).

El tratamiento de musicoterapia en el campo del dolor puede ser aplicado tanto a nivel individual como grupal. El formato de sesión grupal permite personalizar y adaptar más las estrategias de relajación acompañadas con música, y resulta especialmente indicado en aquellas personas que presentan más dificultades en este tipo de técnicas. Por otro lado, el formato grupal, ofrece un espacio para compartir problemas y experiencias, y disminuir la sensación de aislamiento, además de presentar la ventaja de ahorrar en recursos (Gentry & Owens, 1986). Al igual que en otras intervenciones psicológicas, el perfil del paciente y los objetivos específicos a trabajar pautarán una sesión de tipo individual o grupal, bien una combinación de ambos formatos.

Dada la naturaleza compleja del dolor y de las necesidades cambiantes de las personas que lo experimentan, es importante señalar que ningún enfoque y tratamiento ha resultado ser efectivo con todos los pacientes en todas las situaciones y circunstancias (Groen, 2007). Y si bien la musicoterapia es un tratamiento efectivo para el manejo de los síntomas del dolor, hasta el momento no existe tampoco un abordaje concreto que funcione de manera exitosa con todos los pacientes. Por eso es importante la adaptación continuada a cada persona, y a los diferentes momentos y etapas por los que atraviesa cada paciente con dolor crónico.

Conclusiones

Las intervenciones realizadas hasta ahora en el campo de la musicoterapia han ido mostrando los beneficios de la música aplicada en el contexto del dolor crónico. Las técnicas y tratamientos de musicoterapia pueden modificar los procesos sensoriales, afectivos y cognitivos, reduciendo la percepción del dolor y el sufrimiento, aumentando la sensación de control, elevando el estado anímico, y favoreciendo la implicación de la persona con dolor crónico en actividades de

ejercicio físico o de relajación.

Los estudios y programas desarrollados en el campo de la musicoterapia y tratamiento del dolor han sido mayoritariamente desarrollados en países extranjeros. Si bien se han ido desarrollando en nuestro país pocos algunos programas piloto de musicoterapia para el tratamiento del dolor crónico, hasta el momento actual existen pocos estudios publicados y realizados a nivel nacional sobre esta materia (Benenzon, 2006; Moreno, 2005). Sin embargo, las experiencias y programas realizados apuntan interesantes resultados y aportaciones de la musicoterapia en el contexto del dolor crónico. Dar continuidad a estas líneas de investigación inicialmente abiertas, implementar nuevos programas piloto y ampliar el tratamiento multidisciplinar con la incorporación de la figura del musicoterapeuta dentro del equipo de profesionales del tratamiento del dolor es uno de los objetivos a seguir trabajando en nuestro país, a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por el dolor crónico.

La musicoterapia presenta indudables beneficios para el tratamiento del dolor crónico. En este artículo se ponen de relieve los aspectos sensoriales, cognitivos y afectivos que la música puede aportar como terapéutica específica en la desensibilización al dolor y los cuidados paliativos. De este modo la musicoterapia se puede integrar fácilmente en los distintos tratamiento tanto de naturaleza médica como no médica.

Palabras clave: Música, terapia, musicoterapia, dolor crónico, medicina, relajación, motivación, cognición, afecto.

Referencias Bibliográficas

- Alvin, J. (1984). *Musicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- American Music Therapy Association. (2005). *AMTA Member Sourcebook 2005*. Silver Spring: American Music Therapy Association, Inc.
- Barba Tejedor, D. A. (2007). Evaluación y tratamiento psicológico del dolor. En: J. Honorato Pérez y J. Pérez-Cajaraville (coord.). *Plan Maestro en Abordaje Integral del Dolor* (pp. 89-114). Tres Cantos - Madrid: YOU&US, S.A.
- Benenzon, R. (2006). Musicoterapia en el dolor crónico. Reflexiones a partir de una investigación. *Música, Terapia y Comunicación*, 26, 65-80.
- Blanchard, E.B. y Scharff, L. (2002). Psychological aspects of assessment and treatment of irritable bowel syndrome in adults and recurrent abdominal pain in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 725-738.
- Bonny, H. L. (1983). Music listening for intensive coronary care units: A pilot Project. *Music Therapy*, 3 (1), 4-16.
- Bullington, J.; Sjöström-Flanagan, C.; Nordemar, K.; & Nordemar, R. (2005). From pain through chaos towards

new meaning: Two case studies. *The Arts in Psychotherapy* 32, 261–274.

- Brown, C.J.; Chen, A.C.N.; & Dworkin, S. F. (1989). Music in the control of human pain. *Music Therapy*, 8, 47-60.
- Cepeda, M.S.; Carr D.B.; Lau, J. y Alvarez, H. (2006). Music for pain relief (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2.
- Chetta, H.D. (1981). *The effect of music and desensitization on pre-operative anxiety in children*. *Journal of Music Therapy*, 18, 74-87.
- Clair, A. A. (1996). Therapeutic uses in surgery, invasive medical procedures, and palliative care. In: A. A. Clair (Ed.). *Therapeutic uses of music with older adults*. (pp. 169-193) Baltimore: Health Professions Press, Inc.
- Clancy, C., Martí, P., y Mercadal, M. (2005). La musicoterapia en el contexto quirúrgico. www.psiquiatria.com (recuperado el 15.06.2007).
- Colwell, C. (1997). Music as a distraction and relaxation to reduce chronic pain and narcotic ingestion: A case study. *Music Therapy Perspectives* 15 (1): 24-31.
- Davis, W. B. y Thaut, M. H. (1989). The Influence of Preferred Relaxing Music on Measures of State Anxiety, Relaxation, and Physiological Responses. *Journal of Music Therapy*, 26, (4), 168-187.
- Esteve, R. y Ramírez, C. (2006). El desafío del dolor crónico. Ediciones Aljibe: Archidona (Málaga).
- Evans, D. (2002). The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (1), 8-18.
- Follick, M.J.; Ahern, D.K. & Aberger, E.W. (1987). Behavioral treatment of chronic pain. En J.A. Blumental y D.C. McKee (Eds.) *Applications in Behavioral Medicine and Health Psychology*. Sarasota: Professional Resource Exchanges.
- Gaston, E. T. (1951). Dynamic music factors in mood change. *Music Educators Journal*, 37, 42-44.
- Gaston, E. T. (1968). *Music in therapy*. New York: The Macmillan Company.
- Gentry & Owens, D. (1986). Pain groups. In A.D. Holzman & D. C. Turk (Eds.), *Pain Management: A handbook of psychological treatment approaches* (pp.100-112). New York: Pergamon Press.
- Gfeller, K. (2000). Musicoterapia en el tratamiento de problemas médicos. En: W. B. Davis, K. E. Gfeller & M. H. Thaut (Eds.). *Introducción a la musicoterapia. Teoría y práctica*. (pp.214-232). Barcelona: Boileau.
- Gottlieb, H.; Strite, L.C.; Koller, R.; Madrosky, A; Hockersmith, V.; Kleeman, M. y Wagner, J. (1977). Comprehensive rehabilitations of patients having chronic low back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 58, 101-108.
- Groen, K. M. (2007). Pain assessment and management in end of life care: A survey of assessment and treatment practices of hospice music therapy and nursing professionals. *Journal of Music Therapy*, 44 (2), 90-112.
- Kenny, D. T. & Faunce, G. (2004). The impact of group singing on mood coping, and perceived pain in chronic pain patients attending a multidisciplinary pain clinic. *Journal of Music Therapy*, 41 (3), 241-258
- Khatami, M. y Rush, A.J. (1978). A pilot study of the treatment of outpatients with chronic pain: Symptom control, stimulus control and social system interventions. *Pain*, 5, 163-172.
- Koch, M.; Kain, Z.N.; Ayoub, C.; & Rosenbaum, S.H. (1998). The sedative and analgesic sparing effect of music. *Anesthesiology*, 89, 300-306.
- Kole-Snijders, A.M.J.; Vlaeyen, J.W.S.; Goossens, M.; Rutten, P.M.H., Heuts, P.T.G.; van Eek, H. y van Breukelen, G. (1999). Chronic low-back pain: What does cognitive skills training add to operant behavioral treatment? Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 931-944.
- Kulich, R.J. y Gottlieb, H. (1985). The management of chronic pain. A cognitive-functioning approach. En D. Upper y S.M. Ross (Eds.) *Handbook of Behavioral Group Therapy*. New York: Raven Press.
- Krout, R. E. (2001). The effects of single session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 18 (6), 283-270.
- Lepage, C.; Drolet, P.; Girard, M.; Grenier, Y. & DeGagné, R. (2001). Music decreases sedative requirements during spinal anesthesia. *Anesthesia Analgesia*, 9, 912-916.
- Magill-Levreault, L. (1993). Music therapy in pain and symptom management. *Journal of Palliative Care*, 9 (4), 42-48.
- Mandel, S. E. (1996). Music for wellness: Music Therapy for stress management in a rehabilitation program. *Music Therapy Perspectives*, (14), 38-43.
- Maranto, C. D. (1991). A classification model for Music and Medicine. In C.D. Maranto (Ed.) *Applications of Music in Medicine* (pp. 1-6). Washington, DC: National Association for Music Therapy.
- Maranto, C.D. (1993). Applications of music in medicine. *Music Therapy in Health and Education*. London:

Jessica Kingsley Publishers Ltd.

- Martí, P. (2000). Visión General y Teoría de la Musicoterapia. En: *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 287-305) Barcelona: Ediciones Morata.
- Martí, P. (2006). XII Aniversario de la formación en terapias naturales. Musicoterapia, Relajación con Música. Barcelona: Barcelona: Fundació "la Caixa".
- Martí, P. (2007). Musicoterapia en el tratamiento del dolor crónico. *Música, Terapia y Comunicación*, 27, 41-46.
- Martí, P. & Mercadal, M. (2004). Una introducción a la Musicoterapia en Medicina. *Música, Terapia y Comunicación*, 24, 85-91.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Melzack, R. & Cassey, K.L. (1968). Sensory, motivational and central control of determinants of pain: A new conceptual model. In: D. Kenshalo (Ed.) *The skin senses* (423-443). Springfield: Charles C. Thomas.
- Melzack, R. y Wall, P. (1965). The pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Mercadal, M. y Martí, P. (2005). Terapias Complementarias. Musicoterapia: Un instrumento de ayuda para las personas con problemas de salud. *Revista Rol de Enfermería*, 28 (3), 214-218.
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Moix, J. (2006). Cara a cara con tu dolor. Técnicas y estrategias para reducir el dolor crónico. Barcelona: Paidós.
- Moreno Valderrey, C. (2005). Influencia de la estimulación musical en la percepción de la sensación dolorosa: Caso particular de la fibromialgia. Tesina presentada en la Universidad de Salamanca.
- Pincus, T.; Vlaeyen, J.W.; Kendall, N.A.; Von Korff, M.R.; Kalamakani, D.A. & Reis (2002). Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors of low back pain: directions for the future. *Spine*, 27, E133-E138.
- Rider, M. S. (1987). Treating chronic disease and pain with music-mediated imagery. *The Arts in Psychotherapy*, 14, 113-120.
- Saperston, B. M. (1989). Music-Based Individualized Relaxation Training in medical settings: A stress-reduction approach for the behaviorally disturbed mentally retarded. *Music Therapy Perspectives*, (6), 23-33.
- Saperston, B. M. (1999). Music-Based Individualized Relaxation Training in medical settings. En C. Dileo (Ed.) *Music Therapy and Medicine: Theoretical and clinical applications* (pp. 541-51). Silver Spring: American Music Therapy Association, Inc.
- Scartelli, J. P. (1989). *Music & Self-Management Methods. A physiological model*. St. Louis, Missouri: MMB Music, Inc.
- Sedei-Godley, C.A. (1987). The use of music therapy in pain clinics. *Music Therapy Perspectives*, 4, 24-28.
- Sinclair, V.G. & Wallston, K.A. (2001). Predictors of improvement in a cognitive-behavioral intervention for women with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 291-297.
- Schorr, J.A. (1993). Music and pattern change in chronic pain. *Advances in Nursing Science*, 15, 27-36.
- Spintge, R. (1989). The anxiolytic effects of music. En: M. H.M. Lee (Eds.), *Rehabilitation, music & human well-being*. (pp. 82-97). St. Louis: MMB Music, Inc.
- Spintge, R. (1991). The Neurophysiology of emotion and its therapeutic application to music therapy and MusicMedicine. En Maranto, Ch. (Ed.) *Applications of music in medicine*. (pp. 59-72). Washington, D.C.: National Association for Music Therapy
- Standley, J. (1986). Music research in medical/dental treatment: Meta-analysis and clinical applications. *Journal of Music Therapy*, 23 (2), 56-122.
- Standley, J. M. (2000). Music research in medical/dental treatment: An update of a prior meta-analysis. En: American Music Therapy Association (Ed.) *Effectiveness of music therapy procedures: Documentation of research and clinical practice* (3rd ed., pp. 1-60). Silver Spring, MD: American Music Therapy Association.
- Taylor, D. B. (1997). *Biomedical foundations of music as therapy*. Sant Louis: MMB Music Inc.
- Thaut, M. H. (2000). Musicoterapia en la rehabilitación neurológica. En: W. B. Davis, K. E., Gfeller & M. H. Thaut (Eds.). *Introducción a la Musicoterapia. Teoría y Práctica*. (pp.233-262). Barcelona: Boileau.
- Turk, D. C. (1978). Cognitive behavioral techniques in the management of pain. En J.P. Foreyt y D.P. Rathjen (Eds.) *Cognitive Behavior: Research and Applications*. New York: Plenum Press.
- Turk, D.C. & Genest, M. (1979). Regulation of pain: the application of cognitive and behavioral techniques for prevention. En P.C. Kendall y S. D. Hollon (Eds.) *Cognitive-Behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures*. New York: Academic Press.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D. & Genest, M. (1983). *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective*. New York: Guilford Press.

- Turk, D.C. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 678-690.
- Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (1994). Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Fundación Universidad y Empresa.
- Van der Hofstadt, C. J. y Quiles, M.J. (2001). Dolor crónico: Intervención terapéutica desde la psicología. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 8*, 503-510.
- Williams, D.A.; Cary, M.A.; Groner, K.H.; Chapli, W.; Galzer, L.J., Rodriguez, A.M. & Clauw, D.J. (2002). Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive-behavioral intervention. *Journal of Rheumatology, 29*, 1280-1286.
- Winn, T & Winn Walker, J. (1996). Music therapy and medicine: A Creative Coalition. *Music Therapy Perspectives, 14*, 44-49.
- Wolfe, D.E. (1978). Pain rehabilitation and music therapy. *Journal of Music Therapy, 25* (4), 162-178.
- Zelazny, C. M. (2001). Therapeutic instrumental music playing in hand rehabilitation for older adults with osteoarthritis: Four case studies. *Journal of Music Therapy, 38* (2): 97-113.