



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL SÍNDROME FATIGA DE LA
COMPASIÓN Y EL NARCISISMO EN MUSICOTERAPEUTAS DE ESPAÑA**



Doctoranda:

Antonia de la Torre Rísquez

Directores:

Dr. D. Juan Rodríguez Mansilla

Dra. Dña María Isabel Ramos Fuentes

Tutora:

Dra. Dña. Carmen Sánchez Sánchez

*Un bel di vedremo,
levarsi un fil di fumo,
sull'estremo confin del mare...*
Madama Butterfly (Puccini)

A mi hijo Roberto, mi AMOR.

A mi madre Pilar, mi Luz.

AGRADECIMIENTOS

Hay tantos caminos por andar... este camino lo comencé de la mano de mi compañero del alma, mi hermano de espíritu Manu Sequera y justo después de recibir el mejor regalo de mi vida que fue dar a luz a mi hijo Roberto, ambos fueron los motores para comenzar a transitarlo.

A lo largo de este camino lleno de vivencias y experiencias me han acompañado muchas personas significativas a las que hoy quiero y debo dar las gracias.

Si alguien inspiró mi trabajo en todo momento fue mi admirado profesor Rolando Benenzon. Gracias por tanta sabiduría en pocas palabras, miradas reconfortantes, abrazos únicos y tantas enseñanzas a lo largo de todos estos años.

A nivel profesional, a mi director Juan, por su constancia y ánimo continuo, con palabras de aliento y siempre con los mejores consejos. Gracias por ser mi guía y mi sostén. A mi codirectora María Isabel por saber encauzar mis pensamientos y darles orden y sentido en el papel. Gracias por tanto aporte profesional.

A Manu Sequera, mi compañero de viaje, de risas y llantos. Mi hilo invisible e irrompible que siempre me sujeta y sostiene. Gracias a mis brujillas con las que di mis primeros pasos en la musicoterapia, Aurora, Manu, Sole y Caro, gracias a todas por dar sentido a la palabra sororidad. A mis compañeros, compañeras, amigos y amigas de profesión Eva, Mónica, Alex, Diego, mis referentes de la Musicoterapia que me han acompañado desde el inicio en mi formación profesional. Gracias a todos mis compañeros y compañeras musicoterapeutas por trabajar por la profesión y luchar por la visibilidad de la misma en nuestra sociedad. Gracias a todas las personas que me he encontrado a lo largo de mi vida académica, compañeros, compañeras, profesores y profesoras; Jessica, Gonzalo, Ma-

ria.C. Noemi, Estanis, Ruth, Gorka, Mercedes, por ser parte de lo que soy hoy como persona y profesional.

En lo personal, gracias a mis padres por darme todo lo necesario para poder desarrollarme libre y completa, por acompañarme de la mano siempre en todas mis decisiones y aventuras. Gracias a mi madre por ser mi gran Pilar. Ejemplo de mujer insuperable, fuerte, constante y única. Gracias a mi Padre por tantos aprendizajes y que espero esté muy orgulloso de mi.

Gracias a mi hijo Roberto, el motor de vida, mi AMOR, gracias por ser mi pequeño gran maestro. Gracias a mi marido Roberto, mi compañero de vida, por estar siempre en la base de mis locuras, por su apoyo incondicional, su sonrisa sincera y cómplice, siempre de la mano acompañándome.

Gracias a mi maravillosa familia; tíos y primos... que me han apoyado y acompañado en todas mis andanzas. Y en especial a mi tito Pepe, mi maestro, mi referente en muchos aspectos de la vida.

Gracias a mis amigas incondicionales por su apoyo y cariño; Raquel, Elena, Zelfa, Esperanza...

A los profesionales de la musicoterapia que gracias a ellos ha sido posible realizar este trabajo de investigación.

Y gracias a todos mis profesores, profesoras, alumnos, alumnas y pacientes que durante todos estos años han hecho que ame profundamente la profesión.

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	21
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	31
III. MUSICOTERAPIA	35
III.1.1. Definiciones de Musicoterapia	37
III.1.2. Historia de la Musicoterapia	39
III.1.2.1. Los comienzos de la musicoterapia	39
III.1.2.2. La musicoterapia a partir del siglo XX	45
III.1.3. Evolución de la Musicoterapia	49
III.1.3.1. En el ámbito académico	49
III.1.3.2. En el ámbito institucional	60
III.1.4. Modelos de Musicoterapia	61
III.1.5. Corrientes de la Musicoterapia	66
III.1.5.1. Modelo de Humanista-Transpersonal o Método Nordoff-Robbins	67
III.1.5.2. Modelo de Imaginación Guiada con Música (GIM)	67
III.1.5.3. Modelo Benenzon	68
III.1.5.4. Modelo psicoanalítico	69
III.1.5.5. Modelo Conductista	70
III.1.6. Estado Actual de la Profesión en España	71
III.1.6.1. La formación del musicoterapeuta en España a diferencia de otros países	77
III.1.7. El Musicoterapeuta	80
III.1.7.1. Dificultades Laborales	82
III.1.7.2. La musicoterapia como posible Pseudoterapia	83

INDICE DE CONTENIDO

IV. FATIGA DE LA COMPASIÓN	87
IV.2.1. Origen y evolución del concepto de la Fatiga de la Compasión	89
IV.2.2. Estudios sobre FC	93
IV.2.3. La Fatiga de Compasión y diferencias con otras afecciones psicológicas, emocionales y patologías	94
IV.2.3.1. Satisfacción de la compasión (SC)	97
IV.2.4. Incidencia y Prevalencia de la Fatiga de Compasión en el Medio Socio-Sanitario	99
IV.2.5. Manifestaciones Sintomáticas de Fatiga de Compasión	102
IV.2.5.1. Signos y síntomas característicos de la Fatiga de Compasión a nivel individual	102
IV.2.5.2. Signos y síntomas característicos de la FC a nivel de la organización y de equipo	104
IV.2.5.3. Factores de riesgo individuales	105
IV.2.5.4. Factores de riesgo organizacionales	107
V. EL NARCISIMO	109
V.3.1. Personalidad Narcisista	112
V.3.1.1. Rasgos Narcisistas	113
V.3.2. Las Heridas Narcisistas	116
V.3.3. El narcisista patológico	119
V.3.3.1. Tratamientos para el trastorno narcisista	122
V.3.3.2. Estudios sobre el narcisismo en el ámbito socio-sanitario	125

INDICE DE CONTENIDO

VI. MARCO EMPÍRICO	127
VI.4.1. Justificación del Marco empírico	129
VI.4.2. Objetivos e hipótesis	133
VI.4.2.1. Objetivo General	133
VI.4.2.2. Objetivos Específicos	133
VI.4.2.3. Hipótesis	133
VI.4.3. Material y método	134
VI.4.3.1. Tipo de estudio	134
VI.4.3.2. Población y muestra	134
VI.4.3.3. Criterios de inclusión y exclusión	134
VI.4.3.4 Variables	135
VI.4.4. Recogida de datos	140
VI.4.4.1. Escalas de valoración e instrumentos de medida	141
VI.4.5. Consideraciones éticas	150
VI.4.6. Análisis estadístico de los datos	151
VI.4.7. Fuentes bibliográficas	153
VII. RESULTADOS	155
VII.5.1. Caracterización de la muestra	157
VII.5.1.1. Datos sociodemográficos	157
VII.5.1.2. Datos laborales	159
VII.5.2. Prevalencia, niveles y puntuaciones medias de las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL)	163
VII.5.3. Prevalencia, niveles y puntuaciones medias del Narcissistic Personality Inventory (NPI) y sus dimensiones	164
VII.5.4. Pruebas de normalidad de las dimensiones de la escala de rasgos narcisistas de personalidad	166

INDICE DE CONTENIDO

VII.5.5. Relación entre la fatiga de compasión y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas	167
VII.5.6. Relación entre la satisfacción de la compasión y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas	167
VII.5.7. Relación entre el burnout y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas	169
VII.5.8. Relación entre el estrés traumático secundario y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas	171
VII.5.9. Relación entre la fatiga de la compasión (global) y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas	173
VII.5.10. Variables asociadas a los niveles de fatiga de la compasión	173
VII.5.11. Variables asociadas a los niveles de rasgos de personalidad narcisista.	177
VII.5.12. Deseo de ayudar y/o curar. (Furor Curandi)	180
VIII. DISCUSIÓN	181
VIII.6.1. Perfil profesional del musicoterapeuta	183
VIII.6.2. Fatiga de la Compasión	185
VIII.6.3. Rasgos narcisistas de la personalidad y la herida narcisista	190
VIII.6.4. Limitaciones del estudio	199
VIII.6.5. Relevancia científica y socio - sanitaria del estudio	200
IX. CONCLUSIONES	201
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	205
XI. ANEXOS	237

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Técnicas de la musicoterapia en función de la música y el objetivo terapéutico de la musicoterapia	64
Tabla 2. Diferencias conceptuales entre fatiga de la compasión y burnout	96
Tabla 3. Sintomatología de la fatiga de la compasión	103
Tabla 4. Interpretación de las puntuaciones de SC (Stamm, 2010, 2009)	144
Tabla 5. Puntuaciones invertidas para el síndrome de burnout (Stamm, 2010, 2009)	144
Tabla 6. Interpretación de las puntuaciones del síndrome de burnout (Stamm, 2010)	145
Tabla 7. Interpretación de las puntuaciones de ETS (Stamm, 2010, 2009)	146
Tabla 8. Puntuaciones del NPI	149
Tabla 9. Datos sociodemográficos de la muestra	158
Tabla 10. Ámbito de trabajo	159
Tabla 11. Características laborales	160
Tabla 12. Tabla 12: Experiencia y opinión del profesional	162
Tabla 13. Grado de valoración que siente el/la profesional	163
Tabla 14. Fatiga de la compasión	164
Tabla 15. Rasgos narcisistas de personalidad	165
Tabla 16. Pruebas de normalidad de las dimensiones de la escala de rasgos narcisistas de personalidad	166

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 17. Relación entre la satisfacción de la compasión y los rasgos narcisistas de la personalidad	168
Tabla 18. Relación entre el burnout y los rasgos narcisistas de la personalidad	170
Tabla 19. Relación entre el estrés traumático secundario y los rasgos narcisistas de la personalidad	172
Tabla 20. Relación entre la fatiga de la compasión (global) y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas	173
Tabla 21. Variables asociadas a los niveles de fatiga de la compasión	174
Tabla 22. Variables asociadas a los niveles de rasgos de personalidad narcisista	178
Tabla 23. Furor curandis	180
Figura 1. Fases en la evolución hacia la fatiga de la compasión	93

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Variables sociodemográficas	239
Anexo 2. Cronograma	245
Anexo 3. Carta de presentación	248
Anexo 4. Consentimiento informado	249
Anexo 5. Cuestionario 1. ProQol	252
Anexo 6. Cuestionario 2. NPI	253
Anexo 7. Acta de la comisión de bioética	256

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

%: Frecuencias relativas.

AAMT: Asociación Aragonesa de Musicoterapia.

ACHIM: Asociación Chilena de Musicoterapia.

ACLEDIMA: Asociación Castellanoleonesa Para El Estudio, Desarrollo e Investigación de la Musicoterapia y La Arteterapia.

ACMT: Asociación Catalana de Musicoterapia.

ADIMTE: Asociación para la Investigación y el Desarrollo de la Musicoterapia.

AEMtP: Asociación Española de Musicoterapia Plurimodal

AEIMTC: Asociación para el Estudio e Investigación de la Música, la Terapia y la Comunicación.

AEIMTC: Asociación para el estudio e investigación de la Música, la Terapia y la.

ABAMU: Asociación de Musicoterapeutas de Baleares/Associació de Musicoterapeutas de Balears.

AEMP: Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales.

AEMT: Asociación Española de Musicoterapia.

AEMTA-EMTC: Asociaciones Españolas de Musicoterapia afiliadas a la EMTC.

AEMtP: Asociación Española de Musicoterapia Plurimodal

AEMUCAN: Asociación para la evolución de la musicoterapia en Canarias

AGAMUS: Asociación Galega de Musicoterapia.

AGAMUT: Asociación Gaditana de Musicoterapia.

AHAMA: Asociación Hispanoamericana De Musicoterapia Aplicada.

AIDMT: Asociación Independiente Para la Divulgación de la Musicoterapia (Madrid).

AMMA: Asociación para la investigación y desarrollo de la Musicoterapia en Andalucía.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AMME: Centro de Investigación en Musicoterapia y Comunicación No Verbal del Mediterráneo.

ASAM: Asociación Argentina de Musicoterapia.

ASMU: Asociación Sevillana de Musicoterapia (y la Asociación de profesionales de la APROMTEX: Musicoterapia en Extremadura).

AVMT: Asociación Valenciana de Musicoterapia).

CAEMT: Comisión de acreditación española de musicoterapeutas profesionales

CIM: Centro de Investigación musicoterapéuta.

DSM5: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión 5.

DSM-IV: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión 4.

DT: desviación típica.

EEES: Espacio Europeo de Educación Superior.

EMTC: European Music Therapy Confederation.

EMTC: European Music Therapy Register.

EMTR: European Music Therapy Register.

ETS: Estrés traumático secundario.

FC: Fatiga de la Compasión.

FEAMT: Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia.

GIM: Metodología de Imaginación Guiada con Música.

IEMH: Instituto Europeo de Musicoterapia Humanista.

M: Media.

MAP: Asociación Música Arte y Proceso.

MBI: Maslach Burnout Inventory.

MCIU: Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

Md: Mediana.

MI-CIM: Centro de Investigación Musicoterapéutica – Bilbao.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

MSCBS: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

MUSPAL: Grupo de Trabajo de Musicoterapia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

n: Frecuencias absolutas.

NAMT: Asociación Nacional de Musicoterapia.

NPI: NARCISSISTIC PERSONALITY INVENTORY.

OTRI: Oficina de Transferencia de resultados de la Investigación.

ProQOL: Prevalence of Professional Quality of Life.

REDETS: Red Española de Agencias de evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

REMTA: Registro Español de Musicoterapeutas Acreditados.

RI: Rango intercuartílico.

SC: Satisfacción de la compasión.

TNP: Trastorno Narcisista de La Personalidad.

TPET: Trastorno por estrés postraumático.

TV: Traumatización vicaria.

WFMT: World Federation of Music Therapy.



I. RESUMEN

El empleo de la musicoterapia en España data del siglo XVIII, pero es en los años noventa cuando se incrementa el interés por ésta, como disciplina y como profesión. Se originan jornadas, seminarios, cursos, talleres de sensibilización y programas especializados en distintas Universidades como la Universidad de Valencia, la Universidad de Cádiz, Universidad de Barcelona, la Universidad de Extremadura, el Instituto de Música Arte y Proceso y el Centro de Investigación Musicoterapéutica y se constituyen asociaciones, lo que forma y cualifica a todo aquel que esté interesado en ejercer esta profesión y respalda y abre oportunidades de empleo, así como de investigación en el área. En la actualidad, se conoce que el musicoterapeuta es un profesional que tiene conocimientos terapéuticos y musicales, con valores y actitudes, entre las que se encuentra la empatía y que establece una relación de ayuda con su paciente, desarrollando estrategias musicales para promover y/o restablecer la salud física, emocional, mental y social, para lograr cambios significativos. No obstante, no se han realizado investigaciones para conocer sobre su estado emocional ante la atención de pacientes con enfermedades terminales, grandes sufrimientos y otras situaciones que pueden generar estrés conllevando al sufrimiento de Fatiga de la Compasión.

El objetivo de este trabajo fue analizar la presencia de la fatiga de la compasión y rasgos de personalidad narcisista en los musicoterapeutas.

Se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo y analítico, realizado a profesionales musicoterapeutas titulados y en activo en España. La recopilación de los datos se efectuó desde noviembre de 2017 hasta diciembre de 2018, a través de un cuadernillo que contenía una carta de presentación del estudio, hoja de consentimiento informado, cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos adaptado de Campos (2015), Cuestionario validado (Janvring, Wetsel y Reimels, 2010; Neville y Cole 2013) autoadministrado: Escala sobre la calidad de vida profesional (ProQOL) de Stamm (2010) en su última versión número 5 y el cuestionario validado NARCISSISTIC PERSONALITY INVENTORY (NPI) desarrollado por Raskin y Hall (1979) y validado en su versión española por García y Cortés (1998). Éste fue enviado a través de diferentes asociaciones de Musicoterapia a 103 profesionales

obteniéndose de retorno 70. Los datos recopilados fueron sometidos a un análisis exploratorio con el fin de detectar posibles datos anómalos o incongruentes. Posteriormente, se realizó el análisis descriptivo de todas las variables, se realizaron los cálculos de las medidas de distribución (frecuencias y porcentajes) en el caso de variables cualitativas y las medidas de centralización (medias-My medianas -Md-), dispersión (desviación típica -DT-, máximos y mínimos) y posición (percentiles) para variables cuantitativas continuas. En el caso de las variables cualitativas se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos, mostrando las frecuencias absolutas (n) y relativas (%), ANOVA y Chi-cuadrado. Los análisis se llevaron a cabo con los paquetes estadísticos IBM SPSS v.24 y StatGraphics XVIII.

La fatiga de la compasión, evaluada mediante sus tres subescalas, arrojó los siguientes resultados: el 58.6% de los participantes mostraron una alta satisfacción de la compasión, pero un 8.6% la tuvo baja. Aunque ninguno de los musicoterapeutas presentó un alto nivel de burnout, más de la mitad de los mismos (52.9%) presentó un nivel medio. El estrés traumático secundario fue medio en el 25.7% de los casos y alto en el 7.1%. Es, sin embargo, la dimensión menos presente, con un nivel bajo en el 67.1% de los casos.

El rasgo narcisista de personalidad más destacable en nuestra muestra de musicoterapeutas fue la autoridad, con una media de 5.8 y mediana en 6, seguido del exhibicionismo (media=4.2 y mediana=4.5), aunque se observó mayor desviación en la distribución de este último. La superioridad también fue destacable, con media y mediana en 4 y escasa dispersión de los datos. Por el contrario, los rasgos menos reportados fueron la explotación, la vanidad y la pretensión. Globalmente, se observó que el 38.6% presentó alto nivel de rasgos de personalidad narcisista y 25.7% muy altos niveles.

En cuanto a la relación entre la fatiga de la compasión y los rasgos narcisistas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de los rasgos narcisistas de la personalidad entre los tres niveles de

satisfacción de la compasión. No obstante, se debe tener en cuenta que el grupo de nivel bajo estuvo formado exclusivamente por 6 profesionales. Aun así, se observaron indicios de que el rasgo de “autoridad” podría ser mayor en el grupo de baja satisfacción de la compasión que en el resto.

Los resultados obtenidos nos llevan a concluir que los profesionales de la musicoterapia de la muestra tienen una alta Satisfacción de la Compasión por lo tanto no padecen de Fatiga de la Compasión; un gran grupo de musicoterapeutas presentan rasgos altos de narcisismo, siendo los rasgos más resaltantes la autoridad, el exhibicionismo, la superioridad y la autosuficiencia. No existe una relación significativa entre la Fatiga de la Compasión y los rasgos narcisistas.

Palabras claves: Musicoterapia, Fatiga de la Compasión, Narcisismo, Furor Curandis, Herida Narcisista.

The use of music therapy in Spain dates back to the 18th century but it was in the 1990s that interest in it increased, as a discipline and as a profession. Workshops, seminars, courses, awareness workshops and specialized programs originate in different Universities such as the University of Valencia, the University of Cádiz, University of Barcelona, the University of Extremadura, the Institute of Music, Art and Process, and the Music Therapeutic Research Center , and associations are formed, which trains and qualifies anyone who is interested in practicing this profession and supports and opens employment opportunities, as well as research in the area. At present, it is known that the music therapist is a professional who has therapeutic and music knowledge, with values and attitudes, among which is empathy and who establishes a helping relationship with his patient, developing musical strategies to promote and / or restore physical, emotional, mental and social health to achieve significant changes. However, no research has been carried out to find out about their emotional state in the care of patients with terminal illnesses, great suffering and other situations that can generate stress leading to suffering from Compassion Fatigue. The objective of this work was to analyze the presence of compassion fatigue and narcissistic personality traits in music therapists.

The use of music therapy in Spain dates back to the 18th century but it was in the 1990s that interest in it increased, as a discipline and as a profession. Workshops, seminars, courses, awareness workshops and specialized programs originate in different Universities such as the University of Valencia, the University of Cádiz, University of Barcelona, the University of Extremadura, the Institute of Music, Art and Process, and the Music Therapeutic Research Center , and associations are formed, which trains and qualifies anyone who is interested in practicing this profession and supports and opens employment opportunities, as well as research in the area. At present, it is known that the music therapist is a professional who has therapeutic and music knowledge, with values and attitudes, among which is empathy and who establishes a helping relationship with his patient, developing musical strategies to promote and / or restore physical,

emotional, mental and social health to achieve significant changes. However, no research has been carried out to find out about their emotional state in the care of patients with terminal illnesses, great suffering and other situations that can generate stress leading to suffering from Compassion Fatigue. The objective of this work was to analyze the presence of compassion fatigue and narcissistic personality traits in music therapists.

The use of music therapy in Spain dates back to the 18th century but it was in the 1990s that interest in it increased, as a discipline and as a profession. Workshops, seminars, courses, awareness workshops and specialized programs originate in different Universities such as the University of Valencia, the University of Cádiz, University of Barcelona, the University of Extremadura, the Institute of Music, Art and Process, and the Music Therapeutic Research Center , and associations are formed, which trains and qualifies anyone who is interested in practicing this profession and supports and opens employment opportunities, as well as research in the area. At present, it is known that the music therapist is a professional who has therapeutic and music knowledge, with values and attitudes, among which is empathy and who establishes a helping relationship with his patient, developing musical strategies to promote and / or restore physical, emotional, mental and social health to achieve significant changes. However, no research has been carried out to find out about their emotional state in the care of patients with terminal illnesses, great suffering and other situations that can generate stress leading to suffering from Compassion Fatigue. The objective of this work was to analyze the presence of compassion fatigue and narcissistic personality traits in music therapists.

A cross-sectional, descriptive and analytical study was carried out on professional music therapists who are graduates and are active in Spain. The data collection was carried out from November 2017 to December 2018, through a booklet that contained a letter of presentation of the study informed consent form, Questionnaire of sociodemographic, labor and resources variables adap-

ted from Campos (2015), Validated questionnaire (Janvring, Wetsel and Reimels, 2010; Neville and Cole 2013) self-administered: Scale on the quality of professional life (ProQOL) of Stamm (2010) in its latest version number 5 and the validated Questionnaire NARCISSISTIC PERSONALITY INVENTORY (NPI) developed by Raskin and Hall (1979) and validated in its Spanish version by García and Cortés (1998). This was sent through different Music Therapy associations to 103 professionals, obtaining 70 back. The collected data were subjected to an exploratory analysis in order to detect possible anomalous or incongruous data. Subsequently the descriptive analysis of all the variables was carried out, the calculations of the distribution measures (frequencies and percentages) were carried out in the case of qualitative variables and the centralization measures (means-Mand medians -Md-), dispersion (standard deviation -DT-, maximum and minimum) and position (percentiles) for continuous quantitative variables. In the case of qualitative variables, a descriptive analysis of the data was carried out, showing the absolute (n) and relative (%) frequencies, ANOVA and Chi-square. The analyzes were carried out with the statistical packages IBM SPSS v.24 and StatGraphics XVIII.

Compassion fatigue, evaluated through its three subscales yielded the following results: 58.6% showed high compassion satisfaction, but 8.6% had low satisfaction. Although none of the music therapists presented a high level of burnout, more than half of them (52.9%) presented a medium level. Secondary traumatic stress was medium in 25.7% of the cases and high in 7.1%. It is, however, the least present dimension, with a low level in 67.1% of the cases.

The most notable narcissistic personality trait in our sample of music therapists was authority with a mean of 5.8 and a median of 6, followed by exhibitionism (mean = 4.2 and median = 4.5), although a greater deviation was observed in the distribution of the latter. The superiority was also remarkable, with a mean and median of 4 and little dispersion of the data. In contrast, the least reported traits were exploitation, vanity and pretense. Globally it was observed that 38.6% presented a high level of narcissistic personality traits and 25.7% very high levels.

Regarding the relationship between compassion fatigue and narcissistic traits, no statistically significant differences were found in the dimensions of narcissistic personality traits between the three levels of compassion satisfaction. However, it should be taken into account that the low-level group consisted exclusively of 6 professionals. Even so, there were indications that the “authority” trait might be higher in the group with low compassion satisfaction than in the rest.

The results obtained lead us to conclude that the music therapy professionals in the sample have a high Compassion Satisfaction, therefore they do not suffer from Compassion Fatigue; a large group of music therapists present high traits of narcissism, the most outstanding traits being authority exhibitionism, superiority and self-sufficiency. There is no significant relationship between Compassion Fatigue and narcissistic traits.

Keywords: Music Therapy Compassion Fatigue, Narcissism, Curandis Fury Narcissistic Wound.



INTRODUCCIÓN .Y JUSTIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En su práctica profesional, el musicoterapeuta tiene que enfrentarse a situaciones en las que tiene que desarrollar la empatía con los pacientes a fin de que los resultados de las sesiones sean exitosos. La música tiene efectos terapéuticos en el sufrimiento que va más allá de los síntomas, pues procura a través de sonidos, ritmos, movimientos... que el paciente llegue a la causa de su dolor y comience su trabajo terapéutico para aliviar o recuperarse. La musicoterapia es un proceso terapéutico que facilita el encuentro consigo mismo en una relación entre la música y el paciente para mejorar la salud de acuerdo a la situación de cada individuo. Sin embargo, cuando el dolor es intenso, o la enfermedad del paciente es crónica o terminal, se tiene evidencia de que la música permite la disminución de los síntomas, aunque no sea un tratamiento para la cura.

Diferentes investigaciones (Carr, Odell-Miller, Mössler, Chen, Heldd, Gold, 2012; Priebe, 2013; Silver y Roserow, 2013; Zachary 2019) han demostrado que la musicoterapia tiene muchos beneficios en el tratamiento de trastornos psiquiátricos como la ansiedad, la esquizofrenia, la depresión, las alteraciones del sueño y los trastornos por abuso de sustancias. Pero, ¿qué hay de la salud del profesional que se dedica a tratar con musicoterapia?, ¿cómo se sienten cuando se enfrentan en cada sesión a sus pacientes, en especial con aquellos que están pasando por grandes sufrimientos?. Son muy pocas las investigaciones dedicadas a dar respuestas a estas preguntas.

Desde la práctica profesional, en múltiples ocasiones, el profesional debe involucrarse con las reacciones de sus pacientes durante la intervención y utilizar sus recursos para afrontar la situación, pero en otras ocasiones puede llegar a sentir el dolor tal cual lo siente su paciente, incluso fuera de la consulta, cuando recuerde lo ocurrido en la sesión. Esta situación es conocida como Fatiga de la Compasión y puede ser vivida por los musicoterapeutas, sin saber cómo afrontarlo y a quien solicitar ayuda. Además, el hecho de querer ayudar a su paciente, les hace evadir su propio sufrimiento y continuar con las sesiones. No obstante, ese furor curandis o deseo de curar puede verse empañado por la Fatiga de la Compasión que están sintiendo y las mejoras, que busca lograr en su paciente,

pueden demorarse. Esto nos muestra la importancia que tiene el conocimiento de la existencia de la Fatiga de la Compasión por parte de los musicoterapeutas, de cómo puede afectar su labor sanitaria y su salud. Este es el motivo primordial que ha llevado a la realización de este trabajo. Se une a ello, el hecho de que la mayoría de los trabajos sobre fatiga de la compasión se han realizado con personal sanitario que trabajan en urgencias, siendo muy escasos los dedicados a investigar en la profesión de la musicoterapia.



III. MUSICOTERAPIA

MUSICOTERAPIA

III.1.1. Definiciones de Musicoterapia

A pesar de que la música fue empleada para tratar algunos males y enfermedades desde la antigüedad, no es hasta el siglo XX cuando esta práctica adquiere una fundamentación científica, que la hace más sólida y que permite organizarla como disciplina académica, en función del conocimiento (Davis, Gfeller y Thaut, 2000). De este modo, la musicoterapia es relativamente reciente, como se verá en el apartado histórico.

La musicoterapia es una disciplina y es una profesión que, al tener carácter transdisciplinar, resulta difícil de definir. Existen diferentes concepciones que dependen de la perspectiva y/o cultura del grupo de científicos que se dedican a su estudio (Wigram, Pedersen y Bonde, 2005). De esta manera, a la musicoterapia debe considerársela como una mezcla dinámica en donde convergen otras disciplinas: Medicina, Música, Filosofía, Física, Psicología y Teología (Schapira, 1993), siendo las esenciales: la música y la terapia. De la música, tomó aspectos como: la acústica, el entretenimiento, la educación musical, la biología de la música, la psicoacústica, la etnomusicología, la sociología de la música, la psicomusicología, la música sacra, la filosofía de la música y las artes relacionadas; y de la terapia: el trabajo social, la terapia recreativa, la teoría clínica, la psicoterapia psicológica, la expresión audiológica, las artes terapéuticas, la educación especial, la salud tradicional, la asesoría pastoral, las artes terapéuticas y los campos médicos (Bruscia, 2007).

El concepto “Musicoterapia” abarca distintas formas de terapia, como el psicodrama, la arteterapia y la danzaterapia. La etimología del vocablo significa “terapia a través de la música” (Poch, I, 1999, p. 39); se entiende que la musicoterapia es “el arte de compilar o ejecutar mezclas de sonidos empleándolos como un medio para producir cambios en las personas que la escuchan o la ejecutan”. Desde la perspectiva de una terapia de comunicación no-verbal, la musicoterapia

es “la técnica de comunicación no verbal que emplea todas las energías involucradas en la música, abriendo canales de comunicación entre el musicoterapeuta y el paciente, mediante los cuales se inicia el proceso de recuperación de este último” (Benenzon, 1981). En esta definición el autor abarca más que el sonido, la música es también movimiento, olor, temperatura, color... es todo lo que pueda percibirse con los sentidos. Más tarde, en 1998, Benenzon añade a la definición que “el objetivo de la musicoterapia es mejorar la calidad de la vida del paciente y rehabilitarlo para adaptarse a la sociedad” (Benenzon, 1998). Además, permite prevenir, diagnosticar y tratar los trastornos y/o enfermedades que presentan las personas (Benenzon 1998).

Alvin (1967) señala que la musicoterapia era definida por Juliette Alvin como “el uso de la música para tratar, educar y rehabilitar a pacientes de cualquier edad, cuyas enfermedades sean tanto físicas, como emocionales y mentales”. En esta definición se expresa claramente los objetivos de la musicoterapia: rehabilitar, tratar y educar. Estos objetivos son confirmados por la National Association for Music Therapy de Estados Unidos y añaden que, además, la música puede ayudar a mantener la salud física y mental, es decir, no es sólo tratar y rehabilitar, sino también, mantener e incluso prevenir problemas de salud. También la considera como “el empleo científico de la música por un terapeuta para producir cambios en el comportamiento de los pacientes dado que aprenden a comprenderse a sí mismos y a su mundo, lo que favorece su adaptación a la sociedad” (Poch, I, 1999). La concepción de la National Association for Music Therapy deja entrever dos aspectos operativos de la musicoterapia: uno de ellos, el empleo de la música y el otro, su aplicación científica.

Por su parte, la World Federation of Music Therapy ha definido la musicoterapia como “el uso del sonido, la melodía, el ritmo de la música y la armonía por un profesional para tratar pacientes con problemas de expresión emocional, comunicación, movilización, aprendizaje, que se consideren importantes y producir los cambios necesarios para alcanzar una mejor calidad de vida, al cubrir las necesidades físicas, emocionales y cognitivas” (Schawrcz, 2002). Loroño (2009)

define la musicoterapia como “un proceso de terapia en el cual se instaura una relación compleja paciente-musicoterapeuta, siendo este último un mediador en el proceso, empleando las herramientas musicales y no verbales”. En estas dos últimas definiciones, además de reflejarse los fines del uso de la música como terapia, se muestra que esta terapia la lleva a cabo una persona especializada, el musicoterapeuta que se encarga de mediar en el proceso empleando la música y sus componentes.

De esta manera, se evidencia que existen diferentes concepciones acerca de la musicoterapia que hace difícil establecer una sola definición.

III.1.2. Historia de la Musicoterapia

III.1.2.1. Los comienzos de la musicoterapia

La música y el hombre han estado vinculados desde los inicios de la humanidad. La música ha sido siempre un elemento importante en la vida del hombre, empleada en la realización de ritos, danzas, cultos religiosos, en actividades de festividad, como medio de comunicación y expresión. En todas las civilizaciones se encuentran, de manera constante, cantos rituales que reglamentan los distintos momentos relevantes de la evolución personal, tales como el nacimiento, la circuncisión, el matrimonio, los ritos funerarios, los ritos de recolección de las cosechas y los ritos de curación (De Merriam, 1964, citado en Davis et al., 2000).

Los hombres primitivos creían que la música tenía un origen sobrenatural (Alvin, 1967), por lo que otorgaban a la música una concepción divina o mágica, empleándola para comunicarse con los dioses y conseguir desde la producción de fenómenos climáticos, como la lluvia, hasta la sanación. También era una herramienta para ahuyentar lo malo y que empleaban como medio de defensa para atraer lo bueno.

Los egipcios, en cambio ya empleaban la música en el año 1284 a. C con fines curativos, pues existen referencias sobre la enseñanza de la música dada su relación con las emociones. Según Poch (1999), los egipcios la empleaban para calmar y purificar las emociones con el fin de armonizar el corazón, utilizando el canto, instrumentos y las palmas.

En la cultura hindú se creía que la música tenía propiedades sobre la mente, en China se mencionaba su efecto curativo que tenía para algunas enfermedades y con la civilización griega se inicia una etapa en la historia de la Musicoterapia denominada pre-científica, pues en la Antigua Grecia, los célebres maestros griegos Sócrates, Platón o Aristóteles emplearon la música de manera lógica y razonable, es decir, sin implicaciones religiosas y realizando investigaciones sobre sus cualidades. Por lo tanto, la emplearon en la prevención y curación de patologías físicas y mentales (Yáñez, 2011, 57-73). Aristóteles le otorgaba gran valor médico a la música para controlar las emociones y Platón la recomendaba, como también recomendaba la danza para curar los terrores y las fobias (Fubini 1994).

De esta manera la música, además de halagar al hombre, calmaba las alteraciones de su alma. En esa época se desarrolla la teoría de los cuatro humores; la salud se lograba únicamente si la sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra (los humores), se encontraban en equilibrio ya que la música tenía la capacidad para normalizar los humores desequilibrados e intervenía en el tratamiento para alcanzar el equilibrio deseado (Betés, 2000). Vinculada a la teoría humoral, se encuentra la teoría del “ethos” fundamentada en la relación estrecha que se da entre los procesos psíquicos y los movimientos de la música, lo que le concede a esta última, la posibilidad de influir en el carácter de la persona y modificar su estado de ánimo (Poch, 1999). La influencia ejercida dependía de los componentes de la propia música; de esto se deriva que, para los griegos, cada ritmo, tono, instrumento y escala tenía un ethos (carácter propio), es decir, cada componente de la música tiene un ethos, lo cual fue ampliamente estudiado por Arístides Quintiliano (Poch, 1999).

De la cultura griega, se transfirió mucho al Imperio Romano, no obstante, para este último, la música fue empleada más como herramienta militar, dado que este era un pueblo eminentemente guerrero. Por lo tanto, la música tenía coraje, energía, virilidad y capacidad de producir salud. Mediante la música se pretendía influir en lo físico y no en las emociones ni en la imaginación, como sucedía con sus antecesores (Poch, 1999). Con la caída del Imperio Romano de Occidente (476 d.C.), el cristianismo se convierte en una fuerza relevante, para la civilización occidental, que trajo cambios respecto a la actitud ante las enfermedades. La fe cristiana aseveraba que la enfermedad podía curarse por la intervención divina, sin que esto significara que se negara tratamiento médico al enfermo; se añadía al tratamiento médico, rezos, cantos, himnos, etc. Se asumía la influencia positiva de la música para exaltar sus efectos pues le otorgaban al creyente una actitud más espiritual y receptiva (Betés, 2000). Se encuentran referencias en la Biblia sobre el empleo de la música para curar enfermedades como, por ejemplo, queda explícito en el Libro de Samuel, en el capítulo XVI, la cura que efectuaba David al tocar el arpa al rey Saúl quien afirmaba que, al escuchar esas melodías, sentía alivio del espíritu malo que atormentaba su cuerpo (La Biblia, I Samuel 16, 23).

En la Edad Media, la teoría de los cuatro humores, originada en la Antigua Grecia, siguió su desarrollo (Betés, 2000) y la música empleada, para el logro del equilibrio de los humores, era el canto Gregoriano; una música monódica que acompañaba a la oración, con un sistema rítmico, melódico y modal que proporcionaba a quien lo escuchaba serenidad y paz, tanto física como mental, muy propio del estado de oración o meditación (Poch, 1999).

Ya en el siglo XV, durante el Renacimiento, hubo avances tan importantes en el campo de la Anatomía y la Fisiología que llevó a la Medicina a obtener una mayor científicidad, repercutiendo este hecho en los medios curativos de la época. Marsilio Ficino, sacerdote católico, filósofo y médico de la época, investigó para dar una explicación física de los efectos de la música y uniendo la filosofía, medicina, música, magia y astrología, propone a sus pacientes que, además de escuchar música, cantaran y ejecutaran instrumentos (Betés, 2000), acercándose así a lo

que hoy se denomina “musicoterapia expresiva o activa”. Ficino creía que la música no era una medicina externa, sino que la cura provenía del proceso interno que se daba en el individuo, el enfermo y el músico que eran la misma persona, por lo tanto, el propio doliente procuraría equilibrar su condición (Poch, 1971).

En el Renacimiento se inician los primeros estudios orientados a vincular la presión sanguínea, la respiración, la digestión y el ritmo muscular a la música. Como ejemplos tenemos: los escritos de Zarlino (1517-1590), del que se destaca “Istitutioni Harmoniche” de 1571, que reflejaba que la música era el recurso óptimo para alterar el pulso y el corazón; y los de Ambroise Paré (1510-1592), médico cirujano francés conocido como el padre de la cirugía moderna, que consideraba que la música era un analgésico capaz de curar el veneno de una tarántula y paliar los síntomas de enfermedades como la ciática y la gota; y un agente preventivo ya que favorece la resistencia a las enfermedades (Betés, 2000).

En el período Barroco, en cambio, la música se considera como una disciplina capaz de despertar afectos o pasiones como la alegría, el amor, el miedo, la angustia o el odio (Arroyo, 2011). Se origina la corriente denominada “Doctrina de los afectos”, la cual se fundamentaba en la creencia que los afectos eran estados racionales y parcialmente estáticos y por tanto, podían generarse o estimularse mediante la música (Betés, 2000, p.26). En este sentido, el sacerdote jesuita Atanasius Kircher (1602-1680) escribe en 1650 una de las obras más relevantes de la historia de la música, “Musurgia Universalissive ars magna consoni et dissoni”, en la que se menciona, por primera vez, la teoría de las emociones. Esta teoría postula que la música provoca los estados de ánimo.

Kircher pensaba que la personalidad y los tipos de música estaban vinculados y en sus estudios, observó que “las personas depresivas respondían mejor a la música melancólica mientras que, las personas alegres, preferían música de baile que les estimulaba la sangre” (Betés, 2000, p. 26). Esta observación constituyó la fuente del “principio de ISO” de la musicoterapia, enunciado en 1948 por el

psiquiatra Ira Altshuler, el cual se refiere a la relación de la música con la emoción y el estado de ánimo (diferente al principio ISO de Benenzon Identidad Sonora).

En el siglo XVII se desarrolla la Ilustración y bajo este enfoque, la música obraba en los enfermos de manera dual: sobre el alma y sobre el cuerpo. Se consideraba el tipo de música según la enfermedad a tratar, no servía cualquier música, tenía que ser específica y concreta. Se recomendaba el uso de la música modal (caracterizada por mantener un orden en los elementos armonía, notas, ritmos, escala) ya que la música fuerte (caracterizada por presentar diferencias en los ritmos, melodías y sobre todo tonos) podía producir efectos perjudiciales. Al aplicar la música modal en los pacientes se evidenciaba cierta mejora en los estados de ánimo mediante los efectos hipnóticos, analgésicos y purgantes de la música y se empleaban para tratar la gota, las fiebres diaforéticas, las alteraciones menstruales y contrarrestar el tarantismo (originado por la picadura de una araña venenosa) (Poch, 1999).

El médico toledano Francisco X. Cid fue uno de los autores más importantes del siglo XVIII elaborando teorías sobre la música y sus efectos. En 1787 publicó el Tratado del Tarantismo. Trabajó con personas que padecían trastornos mentales, llevando a cabo un conjunto de actividades que denominó “los viajes musicales” que consistían en hacer viajar al enfermo usando la música, la imaginación e ilustraciones referidas a diversos lugares del mundo, dirigiendo la atención del paciente a otros centros de interés (Poch, 1999). Esto le permite indicar que, si en el tratamiento de las enfermedades mentales se aplica la música correcta se logra la calma, pero también puede agitarse al ánimo tranquilo (Cid, 1787, p. 296).

En este mismo período de la Ilustración, se conocieron los efectos que causaban los cantos del soprano masculino más célebre del siglo XVIII, el castrato Farinelli, cuyo nombre verdadero era Carlo Broschi (1705- 1782). Farinelli, en una de sus giras por Europa, visitó España y en esa oportunidad, la reina Isabel de

Farnesio le solicitó que intentara sacar a su esposo, el rey Felipe V, de la postración en la que se encontraba por sufrir de melancolía y que había sido tratado por diferentes médicos sin tener buenos resultados. El rey al escuchar el canto de Farinelli desde su habitación, salió de su letargo, por ello Farinelli fue contratado para cantarle todas las noches, lo cual llevó a cabo durante 10 años (Alvin, 1967).

Los planteamientos ilustrados del siglo XVIII sobre que el efecto de la música en el organismo era calmante, incitante y armonizante, fueron alterados totalmente en el siglo XIX con el surgimiento del romanticismo, al entender la música como el lenguaje para comunicar los sentimientos (Calle, 2013). En este sentido, Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831), filósofo alemán, aceptaba que entre los efectos de la música se encontraban la moralización, civilización y educación, mediante símbolos. En su obra *Estética* refiere que la música se convierte en arte y de esta manera actúa en las almas, pero para llegar a ello precisa de un contenido que permita despertar un sentimiento vivo en las almas (Fubini, 1994, pp. 254).

Por su parte, el médico canadiense Hunter bajaba la fiebre de sus pacientes utilizando la música, para ello hizo instalar orquestas en los hospitales dónde trabajó, constatando que algunos instrumentos, como el arpa y la lira, influían sobre enfermedades específicamente relacionadas con los estados de ánimo. De esta manera, mostraba la importancia de conocer el cómo debían emplearse las distintas músicas en el tratamiento de diferentes enfermedades nerviosas, para suministrar al paciente la música acorde con su estado anímico. Así, la música triste y depresiva debía administrarse en un momento similar, triste o depresivo, mientras que, para un momento eufórico se requiere que la música sea alegre y brillante (Fariña, 2011).

En este mismo siglo XIX, el médico José de Letamendi, médico y catedrático de la Universidad de Madrid, elegía sesiones musicales para aminorar los síntomas de una enfermedad que lo aquejó hasta los últimos años de su vida y partiendo de su propia experiencia, detectó los efectos terapéuticos de la música (Poch, 1999). Francisco Vidal y Careta (1860-1923) fue otro médico y catedrático de

la misma Universidad, quién en 1882 realizó su Tesis Doctoral titulada “La música en sus relaciones con la medicina”, concluyendo que la música “sirve para combatir estados de excitación o nerviosismo” (Poch, 1999, pp.438-439). El psiquiatra Esquiro también empleó la música para el tratamiento de pacientes con enfermedades mentales; y el médico suizo, Tissot distinguió la música que incita a un estado de tranquilidad y calma, considerando que la música era contraproducente en los casos de epilepsia.

III.1.2.2. La musicoterapia a partir del siglo XX

A partir del siglo XX surge la etapa científica de la musicoterapia. Hasta aquí la historia de lo que podría llamarse premusicoterapia, ha revelado una etapa donde se combinan la magia y la sugestión con las observaciones empíricas y la racionalización. Desde el siglo XX, el desarrollo de la musicoterapia se dirigió, de manera paulatina, hacia la práctica médica, cada vez con mayor respaldo científico (Palacios, 2001).

El fundador de lo que se llama la etapa científica de la musicoterapia fue Emile Jacques Dalcroze. Durante los años 1900 y 1950, Dalcroze unió los ritmos musicales y corporales, afirmando que el organismo humano puede ser educado de manera eficaz siguiendo el impulso de la música. De esta manera, descubrió los ritmos del ser humano, quebrando los esquemas tradicionales y revelando el punto de partida para la comunicación con el paciente. En cuanto a la terapia educativa rítmica se refiere, sus discípulos fueron pioneros (Vernia, 2014).

En 1942, Casandra Franklin, desarrollando su labor como voluntaria de la Cruz Roja en los Estados Unidos, descubre el poder terapéutico de la música, tanto en directo como grabada, reproduciéndola mediante gramófonos con los heridos de la II Guerra Mundial; observó que éstos recuperaban las energías y sanaban sus heridas con más rapidez en comparación al resto de los pacientes del hospital (Davis, et al., 2000).

Partiendo de esta experiencia, distintos hospitales siguieron esta práctica contratando músicos para la ayuda terapéutica; transcurrido un tiempo, evidenciaron que la música motivaba y producía cambios en las personas tratadas, sobre todos las que recibían música de manera directa; además, se establecía un vínculo con quienes aportaban esa música, lo que hizo que surgiera la necesidad de que el músico pasara a ser un terapeuta mediante un adiestramiento específico (Fariña, 2011).

Los datos sobre el empleo de la música para tratar y calmar a pacientes, previo a la realización de intervenciones quirúrgicas, en centros hospitalarios, se obtuvieron en Estados Unidos, justamente, antes de la I Guerra Mundial. En esta época comienzan a crearse los primeros adiestramientos y asociaciones de musicoterapia surgiendo, además, investigadores importantes como Eva Vesceliu (Palacios, 2001).

En 1950, en Estados Unidos, se crea la carrera de musicoterapia por la acción de la Asociación Nacional de Musicoterapia (NAMT), surgiendo, a mediados del siglo XX, las primeras figuras importantes de esta disciplina como: Edwin Thayer Gaston, primer profesor de Musicoterapia en la Universidad de Kansas, además de creador y primer presidente de la NAMT; Myrtle Fish Thompson, la primera directora de un internado en Musicoterapia e Ira Altshuler, psiquiatra, creador del principio de ISO (Davis, et al., 2000). Desde ese momento histórico, la musicoterapia se fue desarrollando y adquiriendo mayor peso científico, profesional, académico y práctico.

El empleo de la musicoterapia en España data del siglo XVIII, de acuerdo con las referencias realizadas por León Sanz (1991a) en “Literatura Médica Española sobre Musicoterapia en el Siglo XVIII”, en “Teoría de la Acción Terapéutica de la Música en la medicina del Siglo XVIII (1991b); y en el “Compendio de Musicoterapia” Poch (1971; 1999). Este último manual ha servido de referencia para el desarrollo de esta disciplina en el país. Otros autores, también reflejan en sus obras

el uso de la musicoterapia y sus experiencias, en el siglo XX, como por ejemplo, el libro “La Música como Medio Curativo de las Enfermedades Nerviosas” del Dr. Candela Ardid quien la pone en práctica en la curación del tarantismo y también con pacientes psiquiátricos, al igual que las diferentes investigaciones de Poch y de Patxi del Campo, todas ellas contribuciones a la historia de la Musicoterapia en España (Palacios, 2001).

Las investigaciones de Poch se iniciaron en 1964 con su Tesis Doctoral, “Musicoterapia para Niños Autistas. Historia de la Musicoterapia Española” (1973), donde recopiló los temas sobre Musicoterapia escritos en España. Fue la precursora de la musicoterapia en el país, dedicándose de manera permanente a investigar en centros psiquiátricos y también educativos y lo que es más importante, a su divulgación (Del Río, 2003).

Por los años 70 se unen a Poch algunos profesionales de las áreas de la psicología y de la educación, como Daniel Terán (Psicólogo), Pilar Lago (Pianista y Profesora Titular de la UNED), Paloma Camacho (Profesora de Canto) y Francisco Blasco (Profesor de la Universidad de Valencia), para adiestrarse en la utilización de la música como terapia e iniciar su implementación con sus pacientes y alumnos con necesidades educativas especiales. En 1975, después de conocerse el Modelo Benenzon, tuvo lugar el primer curso de Introducción a la Musicoterapia en Madrid, dictado por el propio Dr. Rolando Benenzon, su éxito fue arrollador, lo que llevó a la organización del I Symposium Nacional de Musicoterapia (28 marzo - 2 abril, 1977), también en Madrid, momento en el que igualmente se instauró, de manera oficial, la Asociación Española de Musicoterapia (AEMT) (Sabbatella, 2003).

En 1979 se celebra el II Symposium Nacional de Musicoterapia (29 y 30 de marzo de 1979), cuya organización estuvo a cargo de la AEMT y de la cátedra de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid. En ese mismo año, la International Society for Music Education (sección española) promovió cursos y

actividades diversas al organizar un grupo de estudio vinculado con la Musicoterapia. En 1983, Poch funda la Asociación Catalana de Musicoterapia (ACMT) y en Vitoria-Gasteiz del País Vasco, en ese mismo año, los profesionales Aitor Logroño y Patxi del Campo fundan el Centro de Investigación Musicoterapéutica (CIM). El próximo centro privado de musicoterapia que surgió en la misma ciudad apareció en 1986 y fue fundado por Patxi del Campo, denominado Escuela de Musicoterapia y Técnicas Grupales, pero que en la actualidad lleva por nombre Asociación Música, Arte y Proceso. En el año siguiente, es decir, en 1987, se crean el Centro de Investigación Musicoterapéutica (MI-CIM) y la Asociación Música, Arte y Proceso y del MI-CIM. A partir de este momento, se comienzan los cursos privados para formar musicoterapeutas, constituyéndose ambos centros en los primeros en ofrecer, en España, este tipo de formación (Sabbatella, 2003).

A inicio de los noventa, el interés por la musicoterapia se incrementó, como disciplina y como profesión, sobre todo después de llevarse a cabo el VII Congreso Mundial de Musicoterapia en Vitoria-Gasteiz (1993). Numerosos profesionales, de áreas afines y formados en musicoterapia, iniciaron la puesta en práctica de los principios terapéuticos de la música, en su mayoría en el ámbito privado y en las áreas de psiquiatría y educación especial. Estos hechos, en conjunto, conllevaron a la organización de jornadas, seminarios, talleres de sensibilización en distintas Universidades, Institutos privados y Asociaciones de Musicoterapia; entre estas diferentes instituciones se pueden nombrar a la Universidad de Valencia, la Universidad de Cádiz, Universidad de Barcelona, la Universidad de Extremadura, el Instituto de Música Arte y Proceso y el Centro de Investigación Musicoterapéutica, llevando a la constitución de programas de Formación en Musicoterapia en muchos de los centros y universidades ya citados. Así, al finalizar la década de los noventa, el énfasis de la musicoterapia estuvo dirigido a la atención de adultos mayores con demencias, la rehabilitación neurológica, la educación especial, Alzheimer y psiquiatría, llevándose a cabo distintos programas de musicoterapia en instituciones públicas y privadas (Del Moral, Mercadal-Brotons, Sabbatella, 2018).

En el 2001, José Palacios realiza una compilación de la definición de musicoterapia a lo largo de la historia en su libro “El concepto de Musicoterapia a través de la Historia” (2001) y en el 2004 Patricia Sabbatella presentó en el III Congreso Nacional de Musicoterapia en 2010 los resultados de su estudio denominado “Identidad y Desarrollo Profesional del Musicoterapeuta”, el cual fue realizado en España y más tarde, conjuntamente con Melissa Mercadal-Brotons, efectuó una investigación cuyos resultados se presentaron en el IV Congreso de Nacional de Musicoterapia de 2012, con el título “Musicoterapia en España: situación Profesional y Laboral. Actualización 2012” (Amorós y del Olmo, 2017).

El trabajo realizado durante tres décadas, tanto de difusión como de formación, creó la necesidad de establecer, en distintos sitios del país, la comunidad profesional de musicoterapeutas, constituyéndose así, de manera progresiva, las Asociaciones de Musicoterapia en el extenso territorio español (Del Moral, Mercadal-Brotons, Sabbatella, 2018).

III.1.3. Evolución de la Musicoterapia

III.1.3.1. En el ámbito académico

El empleo de la musicoterapia tiene un carácter científico en la actualidad y en diversos países de Europa su práctica está bastante difundida, a pesar de que su incorporación al ámbito universitario es más reciente, pues data de hace unos cuarenta años aproximadamente. En Alemania, por ejemplo, en el año 1979 se implementa la licenciatura en musicoterapia en la Universidad, en los departamentos de Musicología Sistemática. Entre los años sesenta y setenta destacaron los doctores Jaedicke y Teirich, este último, reconocido por ser el editor de “Music in der Medizin” (Teirich, edit. 1958). En diferentes ciudades de Alemania se organizaban, también, cursos y congresos, como los de Hamburgo, muy célebres durante los años 1986-1996. En Austria, en 1959, se estableció el primer programa de Musicoterapia en Viena y en 1992 en la Universidad, el cual tenía una duración de tres años (Palacios, 2001).

En Dinamarca, en la Universidad de Aalborg, desde 1989, la musicoterapia se imparte en la Facultad de Ciencias Humanas. Allí, se han defendido numerosas tesis doctorales, entre la que se destaca la de Kimmo Lehtonen realizada en 1986, titulada “La música como promotora del trabajo psíquico” (Bonde, 1999 citado por Palacios, 2001). En Francia, en París, en 1970, Jacques Jot crea un centro de Musicoterapia que organiza congresos y crea asociaciones en torno a la musicoterapia. Durante el año 1973 se realizaron simposios en Hungría y programas de postgrado, mientras que en Polonia se impartían los primeros cursos de Musicoterapia por el profesor Natanson quien, posteriormente, fundó en 1974 el Instituto de Musicoterapia (Palacios, 2001).

En el Reino Unido, Juliette Alvin, violonchelista y francesa de nacimiento, fue una de las pioneras en cuanto al empleo de la musicoterapia. Alvin fundó en 1958 la British Society for Music Therapy and Remedial, en donde se publica la revista British Journal of Music Therapy una de las de mayor prestigio en este ámbito (British Association for Music Therapy 2011). Se promueve también la formación de musicoterapeutas por parte de instituciones como York, King’s College, Bristol y el Southlands College. Alvin junto con Guidhall imparten un curso, desde 1968, donde se señala que el musicoterapeuta debe encontrar el tipo de música que resulta óptimo para tratar cada situación (Poch, 1999). Otros cursos empleaban el método Nordoff-Robbins, que estaba fundamentado esencialmente en la improvisación (Bruscia, 2010).

En España, la Musicoterapia ha sido estudiada por Serafina Poch (Poch, 1999) y por Mariano Betés de Toro (2000). Fue en 1977 cuando se celebró en I Symposium Nacional de Musicoterapia, en Madrid, al que acudieron renombrados especialistas. Desde entonces hasta la actualidad se han impartido en las Universidades españolas cursos y actividades docentes. Desde 1989, la Musicoterapia tiene presencia en la carrera de medicina que se imparte en la Universidad de Valladolid y también en diferentes especialidades del título de maestro, los cuales están bajo la responsabilidad de la profesora Rodríguez Espinilla (Loroño, 2009).

En paralelo, Aitor Loroño creó el Centro de Investigaciones de musicoterapia, en donde Vitoria y Patxi del Campo se convierten en referentes de la musicoterapia en España, organizado congresos, cursos y publicando volúmenes de la colección Música, Arte y Proceso (Poch y del Campo, 1993). También han surgido especialistas y cursos de formación en Cádiz, Madrid, Valencia, Almería y Extremadura. Los manuales de Musicoterapia que son más reconocidos en España son los elaborados por: Alvin (1967), Edgar Willems (1970), Thayer (1982), Benenzon (1985), Josefa Lacárcel Moreno (1990) y Serafina Poch (I y II, 1999) (Palacios, 2001). Además, se han realizado contribuciones de tipo estético-filosóficas que han señalado la capacidad de la música para comunicar sentimientos y emociones, lo cual es esencial en un proceso de terapia, entre ellas destacan los aportes de Lipps (1900), Gorndfeld (Poch, I, 1999), Arnheim (1982), Franck o Stephen David Ross; así como refiere Poch (1999) los métodos activos de Orff, Nordoff-Robbins, Graham y Wood, los métodos pasivos de la expresión verbal, escrita, plástica, el modelo GIM y la técnica de Altshuler.

En cuanto al continente americano, en los últimos años se ha consolidado la presencia de la musicoterapia en muchos países. Por ejemplo, en Argentina, Rolando Benenzon fue el pionero, máximo exponente y fundador de la Asociación Argentina de Musicoterapia. Ha publicado el libro “La nueva musicoterapia (1998)” y ha impartido numerosos cursos a nivel nacional e internacional. La Universidad John F. Kennedy y la Universidad Nacional de Buenos Aires son otras universidades que también ofertan cursos de musicoterapia. En cuanto a asociaciones, Brasil es el país con mayor número. Allí, en 1950, se originó una corriente de educación que mantuvo su continuidad con los trabajos de la profesora Cecilia Conde en 1972 (Palacios, 2001).

No obstante, el país donde más se ha desarrollado la musicoterapia es Estados Unidos. Es el país donde se encuentra un gran número de profesionales, investigadores y de asociaciones. Así, en Estados Unidos, se le ha otorgado a la musicoterapia una distinción social y científica y por ello, algunos programas de

rehabilitación han sido financiados por el Estado, destacando personajes como Thayer Gaston y Myrtle Fish Thompson (Poch, 1999, Palacios, 2001).

En Australia, Sudáfrica, China y Japón existen datos de asociaciones e investigaciones relacionadas con esta disciplina, cuyo auge ocurre a partir de 1950, como en casi todos los países (Poch, 1999).

En el ámbito de la investigación científica, han sido muchas las investigaciones realizadas sobre la musicoterapia en los últimos años, especialmente por los resultados positivos que genera en los casos de salud. Se ha demostrado, de manera empírica, que la musicoterapia beneficia a la mente, al cuerpo y al alma (Alonso, Hernández y Martí, 2008; De Oliveira et al. 2009), que sus beneficios abarcan desde la disminución del dolor en enfermedades crónicas, la ansiedad (Buffum et al., 2006; Chlan & Hertz, 2012) y la depresión (Aalbers et al., 2017), hasta el desarrollo de la autoestima, la autovaloración y el reconocimiento de sí mismo (Lawendowski y Bieleninik, 2017).

Algunas de las investigaciones al respecto son: Haun, Mainous, & Looney (2001) observaron que la música reduce la ansiedad. Burns, Harbuz, Hucklebridge & Bunt (2001) determinaron que el escuchar música actúa disminuyendo los niveles de cortisol en pacientes con estrés y esto hace que los pacientes se relajen. Salmon (2001) concluyó en su estudio que la música posee la capacidad para transformar los momentos de miedo, tristeza, frustración, a momentos positivos, dado que el paciente aprende a entender el significado de la situación y alcanza cierta calma.

La investigación llevada a cabo por Tobia, Shamos, Harper, Walch, & Currie (1999) con enfermos oncológicos también muestran beneficios al reportar que la música mejora el estado de ánimo de los pacientes, reduciendo la depresión y la tristeza. Un estudio realizado a enfermos de cáncer, efectuado por Magill (2001), evidencia que la música permite a los pacientes de cáncer terminal, encontrarse consigo mismo, repensar su vida y lograr la paz. Jiménez-Palomares et al. (2012),

realizaron una revisión sistemática para analizar los efectos de la musicoterapia en el tratamiento de adultos mayores (más de 65 años) que padecían demencia y encontraron que, este tratamiento en este tipo de pacientes, proporcionaba mejoras en las conductas sociales y a nivel cognitivo, incluso en la ansiedad y la depresión, cuando la aplicación del tratamiento es mayor a 2 meses. Resultados similares obtuvieron Gómez-Romero et al., (2017) en su revisión sistemática para evidenciar la eficacia de la musicoterapia en adultos mayores con demencia, concluyendo que, a pesar de que los cambios de conducta requieren de un tiempo prudente para producirse, la musicoterapia produce óptimos resultados en las alteraciones conductuales, la ansiedad y la agitación que presentan los pacientes con dicha patología.

Se han observado algunos beneficios de la musicoterapia en pacientes con Alzheimer, como la disminución de los síntomas depresivos y la facilitación de la conducta social (Solanki, Zafar, Rastogi, 2013). El empleo de instrumentos de percusión en las intervenciones grupales, con música familiar, puede resultar una aproximación efectiva en la disminución de la agitación y ansiedad de pacientes con demencia y mejorar así, su bienestar psicológico (Sung, Lee, Li, Watson, 2012). De la misma manera, se conoce que la música es beneficiosa para las personas con trastorno del espectro autista ya que aumenta su interacción social y disminuye las conductas de evitación (Solanki, Zafar, Rastogi, 2013; Jacobsen et al, 2019). Los beneficios son grandes cuando se emplea la musicoterapia de manera regular, con 2 sesiones de una hora de duración por un período de al menos 6 semanas. Los beneficios reportados fueron una respuesta positiva en la regulación de la conducta, los desórdenes emocionales y de la interacción, la imitación y los desórdenes asociados con el instinto (Mateos y Atencia, 2013).

La musicoterapia, también, ha demostrado tener muchos beneficios en el tratamiento de trastornos psiquiátricos como la ansiedad, la esquizofrenia, la depresión, las alteraciones del sueño y los trastornos por abuso de sustancias. Sin embargo, se conoce muy poco sobre su influencia en los trastornos de personalidad ya que es un área poco estudiada. Al respecto, Pool y Odell-Miller (2011),

Sorenson, Drummond, Kanavos y Mc- Guire (2008), las guías National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) y otros autores como Geretsegger, Mössler, Bieleninik, Chen, Hedal y Gold (2017), (Solanki, Zafar, Rastogi, 2013), Strehlow y Lindner (2016), Zachary (2019), han señalado que es un área que requiere de más investigación.

Pool y Odell-Miller (2011) emplearon musicoterapia, en una investigación de caso clínico, cuyo objeto de estudio era un hombre joven diagnosticado de trastorno de la personalidad y muy agresivo. Estos autores querían identificar si existía alguna relación entre la agresión y la creatividad utilizando la música. Concluyeron que la música tiene una gran influencia en la regulación de la agresividad. El paciente sufrió de abusos y carencias en su niñez y se negaba a hablar de sí mismo y de las emociones que sentía en los contactos con los servicios psiquiátricos. Mediante la musicoterapia inició la gestión de su agresividad sin perder el control y además, expresó otras emociones más vulnerables como el dolor y la vergüenza. Los autores sugieren que hay un vínculo fuerte entre el afecto, la agresión y el movimiento del cuerpo. Los resultados de la observación permitieron indicar que, en ciertas circunstancias, puede crearse un contexto con la música que permite una exploración segura de los sentimientos profundos. Así mismo, permite a los pacientes enaltecer las emociones que no son positivas, utilizando expresiones más idóneas, transformando las conductas destructivas en elementos creativos, lo que se convierte en un indicador de progreso terapéutico y de dominio exitoso de la agresión. Pool y Odell-Miller (2011) indicaron que la limitación del estudio fue que se trataba de una investigación de caso cualitativo, de un caso único, efectuado en 10 semanas de sesiones individuales de musicoterapia, durante 3 meses, lo que representa un corto tiempo de tratamiento y estudio.

La aplicación de la musicoterapia influye en el estado general del paciente, abarca síntomas generales, síntomas negativos, entre otros (Utrera, Aguilera y Ruiz, (2015); se ha demostrado que tiene grandes beneficios en un rango de sesiones que oscila entre las 16 y las 51 sesiones (Hannibal, Pedersen, Hestbaek, Sorensen, Munk-Jorgensen, 2012). Lo amplio del rango puede deberse a los dis-

tintos diagnósticos y a las diferentes metodologías utilizadas. Se conoce, a través de las investigaciones estudiadas por Zachary (2019), que para la esquizofrenia se sugieren mínimo 20 sesiones para alcanzar óptimos resultados, pero no hay un consenso en el número de sesiones para los pacientes con trastornos de personalidad, es posible que se deba a que no hay gran número de estudios al respecto.

Hannibal et al. (2012) efectuaron un estudio con el objetivo de investigar los predictores de adherencia a la musicoterapia en pacientes diagnosticados con esquizofrenia o trastorno de la personalidad. La composición de la muestra fue de 27 pacientes, entre ellos, 17 padecían de un trastorno de personalidad. Estos recibieron tratamiento de musicoterapia en un período de 12 meses y al finalizarlo se hizo un seguimiento de un año. Las sesiones promedio de musicoterapia fueron de 18 sesiones por mes. Los hallazgos demostraron que el 87% de los pacientes con trastorno de la personalidad tenían adherencia al tratamiento, sin embargo, las evidencias no lograron establecer pronósticos de como la adherencia influiría en cada una de las variables. Por lo tanto, no se pudo demostrar el nivel de adherencia al tratamiento con cada una de las variables que se utilizaron en la intervención de musicoterapia. Es importante destacar que el estudio tiene como limitación que la muestra seleccionada es pequeña y no representativa para conclusiones definitivas. (Hannibal, et al., 2012).

Hakvoort, Bogaerts & Spreen (2012) trabajaron con pacientes psiquiátricos en los países bajos, cuyas leyes indican que éstos deben ser encarcelados para ser llevados a un centro psiquiátrico, donde son hospitalizados para su tratamiento. El objetivo de su estudio era comprobar si las reacciones de los pacientes, ante la aplicación de la musicoterapia reportada en la literatura, eran similares en el ámbito de la psiquiatría forense, con una muestra de 20 participantes. Estos investigadores observaron que las respuestas al tratamiento con música se asemejaban a lo que habían vivido estas personas en otras circunstancias, es decir, fuera del encarcelamiento. A esto se denomina teoría de la analogía.

Cuando se opta con el encarcelamiento o la hospitalización de estos pacientes, se debe principalmente a la evidencia de delitos violentos que se originan por trastornos psicológicos y psiquiátricos y sus posibles recaídas. No obstante, estos pacientes sufren de déficits mentales, cognitivos, emocionales, sociales, psicológicos y psiquiátricos, por lo que constituyen una población muy heterogénea en el contexto de la psiquiatría forense. Más del 80% de los pacientes psiquiátricos del centro sufren de trastornos de la personalidad, de los cuales, el 34% de ellos están dentro del clúster B (antisocial, límite, narcisista, etc.), mientras que el 40% sufren un trastorno de la personalidad no específico (Hakvoort, et al., 2012).

En este estudio, los investigadores hicieron una comparación entre los comportamientos observados por los socioterapeutas en el lugar de su residencia, que determinó la necesidad de internar a estas personas. Los especialistas observaron las sesiones de musicoterapia y encontraron similitudes referentes a las conductas disfuncionales, verbales y no verbales. En relación con la conducta agresiva, el afrontamiento y la interacción fueron diferentes. Por tanto, estos resultados indican que debe aplicarse la teoría de la analogía con precaución ya que un paciente puede expresar un buen control de la agresividad durante las sesiones de musicoterapia, por ejemplo, pero puede que en el lugar de su residencia no demuestre este comportamiento y así mismo, otro paciente puede presentar problemas para controlar su comportamiento agresivo en ambos lugares, es decir, tanto en el lugar donde reside como en la sesión de musicoterapia (Hakvoort, et. al., 2012). Los resultados de este estudio deben considerarse de acuerdo con el contexto ya que tiene ciertas particularidades que no suelen ser comunes, por tanto, no pueden generalizarse. Además, la muestra del estudio es muy pequeña, lo que puede incidir en la validez de los resultados.

Por su parte, Mössler et al. (2012) trabajó en un centro de salud mental, teniendo una muestra de 31 pacientes, pero entre ellos únicamente 6 padecían de trastorno de personalidad. Las técnicas de musicoterapia fueron aplicadas para analizar si pudieran ser predictoras de las transformaciones que se esperaban en estas personas. Se realizaron evaluaciones a los pacientes en tres tiempos: antes

de iniciar el tratamiento, durante y después de finalizar las sesiones. Aquellas evaluaciones realizadas durante el tratamiento se efectuaron en tres sesiones por participante, obteniendo como resultados que las técnicas de musicoterapia activa, que están referidas a cantar, desarrollar habilidades musicales, tocar instrumentos, etc., pueden lograr promover competencias en pacientes con baja motivación (Mössler et al., 2012).

Bruscia (1991) expone ejemplos de casos del tratamiento de trastornos de la personalidad con musicoterapia. Como ejemplo citamos el caso de una adolescente de 17 años diagnosticada de trastorno límite de personalidad y hospitalizada. La musicoterapia fue realizada como intervención durante ocho meses e incluyó, como objeto transicional, una serie de canciones y la improvisación para crear un ambiente que promueva la calma, relajación, seguridad en el paciente. Anterior a las sesiones de musicoterapia, la paciente intentó suicidarse y por ello fue hospitalizada; su comportamiento inicial era agresivo, provocador, impulsivo, rebelde y manipulador. Con el objeto de aumentar sus habilidades para tolerar la frustración y la ira fue derivada a musicoterapia. La paciente asistía con entusiasmo a las sesiones de musicoterapia. Bruscia (1991) señala que, cuando las respuestas del grupo se encontraban en un nivel emocional superficial, la paciente respondía como el resto, no obstante, cuando la música subía de intensidad, la adolescente adoptaba un rol de líder para protegerse de los sentimientos que le provocaba la música. En la musicoterapia sus objetivos fueron: aceptar el refuerzo de su ego, enlazar sus sentimientos con sus impulsos, controlar la expresión de sus sentimientos y lograr autonomía mediante un ambiente de sostén. Según Bruscia (1991), mediante la musicoterapia la adolescente fue capaz de minimizar la sensación de miedo y abandono, logrando así cierta autonomía. La música le permitió reflejar sus estados de ánimo de una manera que las palabras no le permitían. Mediante este proceso de terapia logró prepararse para afrontar y buscar solución a sus sentimientos, surgidos por las heridas emocionales del pasado derivadas de la separación y también, prepararse para relaciones sociales en el futuro (Bruscia, 1991).

Otras investigaciones han comprobado la eficacia de la musicoterapia en la recuperación física, rehabilitación emocional y social, la mejora en habilidades de comunicación y cognitivas (Solanki, Zafar, Rastogi, 2013).

Las investigaciones indican que las sesiones de musicoterapia ayudan a personas con trastornos mentales, como la esquizofrenia, a desarrollar relaciones y enfrentar situaciones que no puede hacerse únicamente con palabras (Zachary 2019). En un metaanálisis sobre la depresión y la psicosis, un efecto significativo de la musicoterapia en estos trastornos, en los síntomas generales, en la ansiedad y en síntomas negativos (en el caso de la psicosis) (Silverman, 2003). También, con la musicoterapia, después de una semana de su aplicación, disminuyó alguno de los síntomas positivos, como las alucinaciones auditivas (Solanki, Zafar, Rastogi, 2013). La musicoterapia se encamina hacia las emociones, la motivación y las relaciones, por ello que, a través de esta técnica, los pacientes puedan manejar estos elementos e interactuar con las personas de su entorno de manera adecuada. Algunas investigaciones sobre esquizofrenia muestran que para obtener resultados significativos a nivel clínico se requieren como mínimo 20 sesiones (Mössler, Chen, Haldal, Gold, 2012).

Aunque la mejoría se observa con pocas sesiones, para obtener logros más significativos se requieren sesiones frecuentes, que no tienen que ser diarias; en el estudio de Solanki, Zafar, Rastogi, (2013) no se vieron diferencias en los resultados con intervenciones diarias y semanales; aunque se recomienda que se den en un período de más de tres semanas para que se origine el efecto duradero.

La musicoterapia debe ser utilizada con objetivos claros en todo tipo de pacientes, sobre todo en los psiquiátricos, de esta manera se logra alcanzar las metas establecidas en un corto, mediano y largo plazo. Para ello, se debe tomar en consideración la frecuencia, los límites, la estructura activa del proceso, los recursos y la relación terapéutica con el paciente (Carr, Odell-Miller, Priebe, 2013). Las intervenciones de musicoterapia recreativa empleadas en pacientes psiquiátricos agudos, según Silverman y Rosenow (2013), tienen un impacto positivo e inmediato en su estado de ánimo.

Así mismo, se conoce que la musicoterapia es efectiva para tratar los trastornos del sueño ya que tiene efectos muy parecidos a los hipnóticos que mejoran la calidad del sueño (Solanki, Zafar, Rastogi, 2013). El efecto positivo de la música en los desórdenes crónicos se incrementa a medida que van transcurriendo las sesiones, por ello es recomendable que el tratamiento se planifique para una duración mayor a tres semanas. La música tiene efectos en el sistema nervioso central, afecta a la oxitocina y a la modulación de los opioides endógenos contribuyendo a mejorar los trastornos crónicos del sueño (Wang, Sun y Zang, 2014).

Se han realizado estudios recientes sobre la influencia de la musicoterapia en el abuso de sustancias y trastornos de dependencia, tal como lo refieren Solanski et al., (2013), quienes evidenciaron que es una terapia útil para mejorar la regulación emocional sin que sea necesario el uso de fármacos. En este tipo de pacientes se observó una disminución de la ansiedad, la depresión, la ira y el estrés. En las intervenciones empleadas para rehabilitar a drogodependientes, el empleo de música ha tenido efectos positivos y ha contribuido a eliminar el temor del individuo a reincidir (Universidad de Nacional de Colombia, 2018). Esta terapia ayuda a que los pacientes se enfoquen en desarrollar habilidades para prevenir recaídas y recuperar roles. La musicoterapia se transforma en una opción importante en el tratamiento para estos pacientes, los motiva a continuar con su programa de rehabilitación, lo cual representa un reto en el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias (Lin et al, 2011).

Así mismo, la música también es efectiva para tratar la anhedonia (pérdida de placer en las actividades cotidianas) y la depresión, especialmente si se combina con otras formas de terapia. La musicoterapia cambia un gran número de tipos de comportamientos y discapacidades vinculadas con la depresión, facilitando la reducción de los síntomas depresivos (Castillo-Pérez et. al, 2010).

Las intervenciones de musicoterapia además de originar beneficios a la salud de los pacientes, también hace que tengan mejorías en su ámbito econó-

mico, pues un análisis reciente sobre costes y beneficios, confirman que la musicoterapia resulta rentable porque reduce la necesidad de medicamentos y con ello, sus consecuentes efectos secundarios (Solanki, Zafar, Rastogi, 2013; Gottfried, Oldfield, Gattino y Carpenente, 2019).

Con la aportación de estos datos, extraídos de las anteriores investigaciones, observamos que la musicoterapia mejora de manera significativa los síntomas de enfermedades como el cáncer, ayuda también a manejar el estrés, las emociones y permite al paciente aceptar y manejar su enfermedad, de un modo más equilibrado logrando su bienestar.

III.1.3.2. En el ámbito institucional

El avance de la musicoterapia en referencia a la constitución de asociaciones también se ha dado en diferentes países. Se inicia en 1950 en Estados Unidos que funda la National Association for Music Therapy (NAMT) y desde entonces, se forman terapeutas musicales, además de editarse una revista cuyo nombre es Music Therapy Perspectives y realizar un congreso anual (Barbarroja, 2008).

En Inglaterra, en 1958 se crea Society for Music Therapy and Remedial Music, dirigida por Juliette Alvin. Esta sociedad pasó a denominarse Sociedad Británica de Musicoterapia, en ella se da formación que conduce al grado de musicoterapeuta y también realizan un boletín. En ese mismo año Salzburgo, Herbert Von Karajan (1958) fundan el instituto de Musicoterapia, el cual se centra en la investigación neurológica y psico-fisiológica (British Association for Music Therapy 2011).

En América Latina se desarrolló la Asociación Argentina de Musicoterapia (ASAM) fundada en 1966, la cual en 1968 llevó a cabo las primeras jornadas latinoamericanas de Musicoterapia; también en Brasil, en el mismo año, fue creada la asociación brasileña y al año siguiente se crearon las asociaciones en Perú, Venezuela y Uruguay. En el año de 1970 se fundó en Colombia la Sociedad Antioqueña de Musicoterapia y para el año 1972, en el mismo país, se creó la Asociación Colombiana (Barcellos, 2010).

En Chile, en el año 2005 se funda la Asociación Chilena de Musicoterapia (ACHIM), la cual procuraba posicionar la musicoterapia en el país y además, acreditar a los terapeutas miembros de esta asociación como profesionales calificados para ejercerla.

III.1.4. Modelos de Musicoterapia

Antes exponer los modelos de Musicoterapia, es importante establecer la diferencia entre técnica, método y modelo. En este sentido, Bruscia (1998) realiza los siguientes matices: “Un método se define como un tipo particular de experiencia musical que atrae al cliente para propósitos terapéuticos (...) una técnica es un paso desde dentro de cualquier procedimiento que el terapeuta usa para dar forma a la experiencia inmediata del cliente; y un modelo es una única y sistemática orientación del método, procedimiento y técnica basado en determinados principios” (p.115).

En este sentido, las técnicas en musicoterapia la componen un grupo de recursos que emplea el Musicoterapeuta para realizar la práctica terapéutica. Estas técnicas pueden agruparse en dos categorías de acuerdo con los procedimientos. En una categoría se encuentran las técnicas activas o expresivas y en la otra, las técnicas pasivas o receptivas (Pereyra, 2015).

A modo de evitar confusiones entre lo que se entiende por activa y pasiva, nos apoyaremos en la aclaratoria que realiza Poch (2002): “el término “activo” o “pasivo” hace referencia a la implicación del paciente en una actividad interna o externa, por ejemplo, la actividad “interna” de sentir, imaginar, escuchar y la actividad “externa” de cantar, tocar un instrumento, bailar, ver. La creatividad está presente tanto en la actividad interna como en la externa, más aún, la actividad creativa interna es el fundamento de cualquier forma de creación externa” (p. 38).

Ahora bien, en la actualidad los términos más empleados son “expresiva” y “receptiva”. Las técnicas expresivas se refieren a las actividades que involucran

el canto, como improvisaciones con la voz, etc., tocar instrumentos ya sea reproduciendo algo ensayado-conocido o de manera espontánea; y moverse con la música como bailar de manera libre o ensayada, psicodrama musical, etc. (Poch, 2002).

Las técnicas receptivas se fundamentan en la audición musical, en las que la música es escuchada por el paciente y este responde a la experiencia de diferentes formas: moviéndose, en silencio, escribiendo, verbalmente, o plásticamente. La música puede ser en vivo, grabada, improvisada, efectuada por el musicoterapeuta o por el paciente, o ser grabaciones de música registrada en diferentes estilos. Todo esto permite aproximarse a los aspectos emocionales, espirituales, físicos, estéticos, intelectuales... lo que dependerá de los objetivos terapéuticos o de las necesidades del paciente (Bruscia, 2007).

También es importante señalar que, en musicoterapia, además de la música en directo, se utilizan las canciones, el silencio, la voz, los instrumentos como recursos que permiten desarrollar el tratamiento. Así, se puede clasificar los modelos de musicoterapia en (De La Rubia, 2014, 131-40):

- Musicoterapia pasiva: tiene que ver con la estimulación de la música de manera exclusiva, sin incluir el uso de instrumentos ni la realización de movimientos.
- Musicoterapia activa: consiste en darle libertad al paciente para que cree sonidos, emita algún tipo de sonido, baile, cante, realice composiciones. El empleo de esta metodología dependerá del nivel de implicación del paciente.
- Musicoterapia mixta: en las sesiones de musicoterapia mixta se emplean los modelos de la musicoterapia pasiva y de la activa, pero por etapas diferenciadas.
- Musicoterapia receptiva: en este modelo el paciente solo recibe la música.

sica y se establecen relaciones entre la melodía y el paciente, es lo que se llama: música vibro-acústica.

- Musicoterapia creativa: este modelo se emplea en un nivel más avanzado de musicoterapia. Se promueve la creación musical mediante la libre expresión con todos los elementos de la música (ritmo, movimiento, melodía), empleando la voz y/o los instrumentos.

El empleo de la musicoterapia va más allá de su utilización, involucra también el poder del silencio y del sonido, de ahí que surgiera la necesidad de obtener unas bases científicas que la regulara, especialmente porque se ha propagado su aplicación para el tratamiento de diferentes patologías (Bailey 1984, p17).

En este orden de ideas, Standley en 2010, realizó una organización de las técnicas musicales aplicadas en medicina. Serra (2013) se apoyó en los estudios de Standley y elaboró una tabla en la que compila las diferentes técnicas aplicadas en musicoterapia de acuerdo con la función de la música y a los objetivos terapéuticos (Serra, 2013, p237). (Tabla 1).

Tabla 1. Técnicas de la musicoterapia en función de la música y el objetivo terapéutico de la musicoterapia

Técnica	Función de la música	Objetivos terapéuticos
Analgesia y/o sugestión, escucha musical y anestesia.	Ofrecer un ansiolítico, audioanalgésico o sedante.	1. Disminuir el dolor, el estrés o la ansiedad. 2. Incrementar la influencia de la anestesia/analgésico. 3. Disminuir la permanencia hospitalaria.
Escucha musical o participación con prácticas del habla.	Ofrecer un foco de atención y/o estructura para la práctica.	1. Disminuir el dolor que resulta del movimiento físico. 2. Incrementar el movimiento. 3. Incrementar las capacidades motrices. 4. Reducir el tiempo del parto. 5. Incrementar la capacidad respiratoria.
Escucha musical o participación con Counselling	Comenzar y fortalecer la relación terapeuta/paciente/familia	1. Disminuir el trauma/estrés/miedo asociado a una patología grave o terminal. 2. Aceptar una incapacidad permanente o la muerte. 3. Fortalecer interacciones efectivas en situaciones de estrés. 4. Maniobrar la enfermedad y los asuntos personales. 5. Adaptarse a un trasplante de órgano.

Técnica	Función de la música	Objetivos terapéuticos
Escucha musical o participación con fines de desarrollo o educativos.	Potenciar o estructurar el aprendizaje para restablecer los retrasos educativos o en el desarrollo que padecen los niños hospitalizados.	1. Incrementar el aprendizaje académico. 2. Incrementar la independencia y potenciar el desarrollo.
Escucha musical y estimulación	Estimular la audición e incrementar la conciencia de otras maneras de motivación. Perfeccionar la memoria.	1. Incrementar la respuesta a estímulos. 2. Incrementar la tolerancia a la estimulación. 3. Disminuir la ansiedad/depresión debido a la pérdida sensorial. 4. Optimizar la memoria reciente y la remota.
Música y biofeedback	Ofrecer refuerzo u orden para respuestas fisiológicas.	Optimizar el autocontrol, la conciencia y seguimiento del estado fisiológico
Música y actividades en grupo	Constituir interacciones interpersonales positivas y placenteras	1. Disminuir la ansiedad/depresión ocasionada por el aislamiento. 2. Incrementar sentimientos de bienestar y placer.

Fuente: Serra, 2013.

III.1.5. Corrientes de la Musicoterapia

En el desarrollo de la musicoterapia, desde la primera formación que se dio en Estados Unidos en 1950, ha tenido la influencia de distintas corrientes psicológicas y filosóficas. Debido a ello, surgieron enfoques distintos sobre la música como agente terapéutico, pero esto es precisamente el elemento que todos tienen en común, a pesar de que tengan diferencias importantes en lo que se refiere a sus bases teóricas y la puesta en práctica (Bruscia, 2007).

En la actualidad existen muchas formas de abordar a la musicoterapia, pero pocos han sido considerados de manera oficial como Modelos, reconocimiento que les fue concedido por su historia, teoría, investigación, práctica clínica y aprendizaje. Los modelos que han sido reconocidos por la Federación Mundial de Musicoterapia WFMT, en el IXº Congreso Mundial de Musicoterapia realizado en Washington, Estados Unidos, en 1999, son los siguientes (Wigram et al., 2005): el Modelo de Musicoterapia Creativa (Paul Nordoff y Clive Robbins), el Modelo BMGIM de Imágenes Guiadas y Música (Helen Bonny), el Modelo de Musicoterapia Benenzon (Rolando Benenzon), el Modelo de Musicoterapia Analítica (Mary Priestley) y el Modelo Conductista de Musicoterapia (Clifford K. Madsen). Los cinco modelos serán expuestos a continuación.

III.1.5.1. Modelo de Humanista-Transpersonal o Modelo Nordoff-Robbins

Este modelo de musicoterapia creativa, también conocido como modelo de Nordoff-Robbins o Modelo Humanista-Transpersonal (Schapira, 2002), fue desarrollado por Paul Nordoff, pianista y compositor y Clive Robbins, profesor de educación especial, en 1959 después de trabajar con niños con discapacidad física y de aprendizaje utilizando la música como terapia. Se fundamenta en la terapia humanista, partiendo de las ideas de Steiner y el movimiento antroposófico, añadiendo conceptos de Maslow como por ejemplo “autorrealización” o “experiencia cumbre” (Wigram et al., 2005). Estos autores concebían que cada ser humano tiene un niño musical y por tanto, tiene una respuesta innata a la música. Partiendo de esta concepción, cualquier individuo puede participar de la música, incluyendo a niños con un nivel de discapacidad severo ya que pueden percibirla y responder de manera creativa (Lorenzo e Ibarrola, 2000).

Para llevar a práctica esta metodología requiere de un musicoterapeuta, que debe ejecutar el piano y de un coterapeuta, que será el que promueva la improvisación al paciente. El fin de ello es que el paciente comunique lo que siente mediante los instrumentos. Esta terapia tiene carácter individual y está centralizada en el tratamiento de niños con problemas sensoriomotores y autismo, entre otros. (Wigram et al., 2005).

III.1.5.2. Modelo de Imaginación Guiada con Música (GIM)

El modelo BMGIM se originó en la década de los años '70' y su creadora fue Helen Bonny (Schapira, 2002). Es un modelo diferente a los anteriormente expuestos y su diferencia radica en que emplea música grabada o editada, todo ello con el fin de explorar las imágenes que emergen del inconsciente del paciente, el usuario o beneficiario, que ha sido inducido, previamente, a la relajación que efectúa el terapeuta, dándose la terapia en un estado de conciencia no habitual. Ha sido un método empleado de manera exitosa por investigadores como Beck, (2012); Beck, Hansen & Gold (2015) y por Torres, (2015a, 2015b). En sus inicios fue empleado para el tratamiento con drogodependientes y posteriormente, se ha

utilizado en pacientes con problemas motores, cáncer, sida y patologías psicosomáticas. No obstante, es muy recomendado para trabajar con personas sanas que deseen pasar por un proceso de autotransformación (Mendes, 2000).

III.1.5.3. Modelo Benenzon

Este modelo es desarrollado por el profesor Rolando Benenzon a finales de los años 60 del siglo XX y cuyas bases teóricas provienen del psicoanálisis. El desarrollo del modelo Benenzon se inició en 1969 y se fue estructurando y enriqueciéndose, teóricamente, mediante aproximadamente 35 años con las aplicaciones clínicas, la supervisión de musicoterapeutas en distintos países de Europa y América, además de la formación, realizada por el Dr. Prof. Benenzon. Este modelo establece que en la intervención se crean o abren canales de comunicación con el paciente mediante un elemento mediador, que suele ser un instrumento musical y en ese momento se inicia el proceso terapéutico del paciente (Benenzon, 2006).

Los principios teóricos de este modelo se sustentan en los postulados de autores como Freud, Watzlawick, Jung, Fiorini, Konrad Lorenz, Winnicott, entre otros, así como de fundamentos de la educación musical: Willems, Dalcroze, Kodaly Orff o Martenoty y estudios sobre la música y el objeto sonoro: P. Schaeffer, C. Sachs, M. Shaffer entre otros (Benenzon, 1998).

Así pues, partiendo de una concepción freudiana, este modelo trabaja con el inconsciente, pero añadiendo movimiento y sonoridad, es lo que el psiquiatra Rolando Benenzon denomina como “concepto de ISO”, siendo el principio fundamental de este modelo. El ISO, término presentado por Altshuler en 1944, se define como “la identidad sonora y las energías acústicas y de movimiento, que cada ser humano tiene y lo hace diferente de otro” (Benenzon, 2006). En este principio musicoterapéutico se explicita que hay energías sonoras que son propias de cada individuo, pero también hay otras que son compartidas entre los distintos grupos humanos y que dependerán de múltiples factores que intervienen en la formación de la relación entre estos. De la misma manera, el con-

cepto de ISO es dinámico y evoluciona dependiendo de la historia particular de cada individuo y de los grupos con los que estos convivan y se desarrollen. El Dr. Benenzon indicó recientemente que el concepto de ISO ha evolucionado a ISE, Identidad Sensorial ya que no atañe solo a lo sonoro. En conversación sostenida con el Dr. Benenzon señaló que el Modelo Benenzon es un modelo vivo y por ello, sufre estas modificaciones y actualizaciones de sus conceptos básicos (R. Benenzon, comunicación personal, 11 de junio de 2019).

III.1.5.4. Modelo psicoanalítico

Este modelo fue creado por la musicoterapeuta Mary Priestley en los años 70. Se fundamenta en las teorías de Freud y emplea el diálogo musical y la improvisación para examinar la vida interior del paciente. Priestley refiere que la nominación de “musicoterapia analítica” se deriva del empleo improvisado de palabras y la música de manera simbólica (Bruscia, 2010). Así, en las sesiones, tanto el musicoterapeuta como el paciente utilizarán la improvisación; en ésta, la música es empleada como un puente entre la vida interna y la externa del paciente, creando un clima que permite al terapeuta explorar la vida interior del paciente y a éste, reconocerla, de esta manera se da el autoconocimiento que impulsará al crecimiento personal (Priestley 1994, p.3). Está enfocado al crecimiento y desarrollo funcional del paciente, más que lograr calidad en la expresión musical.

La improvisación que lleva a cabo el paciente se estimula por las sensaciones, la memoria, los sentimientos, etc. El modelo analítico en musicoterapia en sus inicios fue empleado en pacientes adultos, pero puede ser utilizado en niños si se emplea bajo un cuadro lúdico. En este modelo el paciente describe un problema específico, se le asigna un título y el paciente improvisa con instrumentos que él mismo selecciona, mientras que el musicoterapeuta observa, aunque también puede intervenir. Se graban las sesiones para que posteriormente estas puedan ser comentadas (Wigram et al., 2005).

Los instrumentos empleados son de láminas y pequeña percusión, sin embargo, el musicoterapeuta puede usar el piano. Es relevante que al inicio se

delimite el espacio que será destinado a la improvisación, así como el espacio del debate-verbalización al finalizar la sesión (Priestley 1994).

La práctica realizada bajo el Modelo Analítico es definido por el doctor noruego Even Ruud (importante musicoterapeuta a nivel Mundial) como un modelo de improvisación, en el cual habitualmente el paciente ejecuta instrumentos diversos, todos ellos de percusión, sin que para ello tenga que tener conocimiento sobre su manejo, mientras que el terapeuta emplea el piano con el fin de estimular, controlar, comprender todo lo que el paciente manifiesta, animando al paciente con la música para que examine y cree la suya propia en un contexto sonoro-musical libre (Ruud, 1990). Es considerado por muchos musicoterapeutas como el primer modelo a emplear en el tratamiento de pacientes psiquiátricos (Solanki, Zafar y Rastogi, 2013).

III.1.5.5. Modelo Conductista

Este modelo se fundamenta en la psicología conductista de Watson (1879-1958) y Skinner (1904-1990), cuyos postulados hacen referencia a que las conductas tienen que ser observables para que puedan medirse ya sea por la propia observación o con la medición de instrumentos, por ello, en musicoterapia, el terapeuta debe ocuparse del comportamiento que él pueda observar y medir (Ruud, 1990, p. 75).

Entre los autores que dedicaron su atención en la aplicación de las teorías conductistas a la musicoterapia se encuentra Clifford Madsen, de la Florida State University quien, en conjunto con Cotter, publicó en 1966 un artículo en el cual describían por primera vez a la Musicoterapia Conductista. En él exponían que la música, según este modelo, es empleada para el tratamiento de las conductas mediante estímulos, pero también puede tratarse como estructura temporal y de movimiento corporal, como recompensa y como centro de atención (Wigram et al., 2005; Mercadal-Brotons, 2000). Madsen y sus colaboradores, definen a la musicoterapia como un instrumento que permite cambios en la conducta (Madsen, Madsen y Cotter, 1968).

El modelo conductista en la Musicoterapia surge a finales de la década del 60 en Estados Unidos y parte de la conducta a modificar en el individuo (Schapira, 2002). Primero se identifica la conducta que debe modificarse, se evalúa para adquirir la información sobre el historial clínico, así como el rol que tiene la música en la vida del paciente. Luego se diseña el programa de tratamiento incluyendo las propuestas musicales y posteriormente, se pone en marcha, recogiendo los datos sobre las reacciones del paciente, de modo que pueda evaluarse el proceso y concluir si ha sido útil o no. El modelo de la musicoterapia conductista se ha empleado, en geriatría, para mejorar el sueño, disminuir la agresividad y la agitación y en educación especial, en el desarrollo de habilidades sociales en personas con retraso mental y también para anular comportamientos autoestimulatorios (Mercadal-Brotons, 2000).

III.1.6. Estado Actual de la Profesión en España

Ha sido largo el camino recorrido para organizar y consolidar la profesión de musicoterapia en España. Abarcando distintos aspectos, desde el diseño y la oferta de cursos de formación a nivel universitario, la inserción en el mercado laboral de los musicoterapeutas profesionales, obtener un sistema de acreditación de musicoterapeutas, el surgimiento de investigaciones y la difusión de sus resultados en congresos y en la publicación de artículos y la creación de una asociación profesional-sindical, denominada Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales (AEMP). Cada uno de estos aspectos ha sido estudiado por distintos autores como Del Moral, Mercadal, & Sánchez (2014); Mercadal, Sabbatella & Del Moral (2015); Poch (2008, 2008a, 2013); Sabbatella (2004, 2008); Sabbatella & Mercadal (2014). No obstante, para Del Moral, Mercadal y Sabbatella (2018) aún queda mucho por recorrer en algunos de estos aspectos para llegar alcanzar el nivel de madurez de la Musicoterapia en España.

El trabajo del Musicoterapia se realiza frecuentemente en organizaciones privadas y por jornadas laborales que no son de tiempo completo, es decir,

parciales, derivándose una situación de precariedad laboral producto de la inestabilidad de la inserción profesional. Los ideales de los precursores y seguidores de la musicoterapia son que ésta tenga presencia en el sistema público sanitario y educativo y que, además, la musicoterapia tenga una identidad profesional, de modo que, en España, los profesionales activos, que están bajo la denominación profesional de musicoterapeuta, se incrementen y no aparezcan en otras rúbricas. Esto conlleva, además, a que puedan aumentar los puestos de trabajo (Mercadal-Brotons, Sabbatella & Del Moral, 2015).

En lo concerniente a la investigación, se debe colocar el énfasis en cómo mejorar la cantidad y la calidad de los estudios españoles y en los avances obtenidos en la Universidad Española en diferentes áreas de investigación. Es importante para la investigación el apoyo financiero para convocatorias regionales, nacionales e internacionales, además de sostener contrataciones con diferentes organizaciones empresariales mediante la Oficina de Transferencia de Resultados de la Investigación (OTRI). Estas investigaciones son llevadas a cabo por musicoterapeutas que se encuentran cualificados y sus resultados son presentados en congresos y en eventos académicos y también son publicados en revistas especializadas a nivel nacional como internacional. Sin embargo, se requiere aumentar la actividad científica y realizar un plan a nivel nacional que tenga como objetivo la promoción de la ética en las actividades de investigación, que incluya la realización de tutorías de tesis a nivel de doctorado, mejorar la calidad y la fiabilidad de los hallazgos obtenidos en las investigaciones que realizan los musicoterapeutas españoles.

La oferta educativa española se ha incrementado en los últimos años y esto ha abierto las posibilidades para aquellos que se han interesado en la misma. En la actualidad, se puede encontrar, por toda la geografía nacional, cursos, talleres, centros y programas informativos o especializados, mediante los cuales se cualifica a los estudiantes para ejercer como musicoterapeutas. Estos programas cumplen con los criterios que establece el Documento Técnico “Criterios para ser musicoterapeuta en España” elaborado por las Asociaciones Españolas

de Musicoterapia asociadas a la European Music Therapy Confederation (Amorós y del Olmo, 2017).

En cuanto a la profesionalización, la musicoterapia en España ha pasado por un proceso que ha estado afectado por factores económicos, sociales, educativos y culturales, como cualquier otro país. No obstante, la Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales (AEMP) y el grupo de Asociaciones Españolas de Musicoterapia afiliadas a la EMTC (AEMTA-EMTC), entre el año 2007 y 2017, han unido esfuerzos para contribuir con la elaboración de normas en el país referente a la musicoterapia. Se crean algunas leyes que constituyen un marco legal para actuar en aspectos de índole formativos, laborales, profesionales y éticos, mediante las actividades pertinentes y además, con documentación técnica, para cumplir con los criterios dados por el Espacio Europeo de Educación Superior. Una de las actividades realizadas es el proceso de Convergencia Europea en el marco de titulaciones y acreditación profesional y el Registro Europeo de Musicoterapeutas (European Music Therapy Register, EMTR-EMTC). Entre estos documentos tenemos (Del Moral, Mercadal-Brotons, Sabbatella, 2018):

Funciones del delegado/a español en la European Music Therapy Confederation (EMTC) (2007, revisión 2017).

1. *Funciones del delegado/a español en la European Music Therapy Confederation (EMTC) (2007, revisión 2017). Criterios para ser Musicoterapeuta Profesional en España (2009).*
2. *Documento Técnico Recomendaciones Orientativas para Valorar el Diseño de los Postgrados Universitarios de Musicoterapia en España (2008).*
3. *Criterios para ser Musicoterapeuta Profesional en España (2009).*
4. *Registro Español de Musicoterapeutas Acreditados (REMTA, 2010) – Sistema Nacional de Acreditación de Musicoterapeutas – Reglamento de Funcionamiento Interno (RFI) de la Comisión de Acreditación Española de Musicoterapeutas Profesionales (CAEMT, 2010). Asignación del código*

ocupacional 28231062 para la musicoterapia, el cual ha sido utilizado en distintas provincias de España.

5. *Código Ético de la Musicoterapia en España (2014)*.
6. Criterios para la Organización de Congresos Nacionales de Musicoterapia (2015).
7. Censo de musicoterapeutas residentes en España con formación universitaria, realizado por la AEMP desde el año 2008, para promover la inserción laboral de musicoterapeutas dado a que las instituciones tienen a su disposición de información fiable acerca de la titulación de los profesionales que estén interesadas en contratar.
8. Asignación del código ocupacional 28231062 para la musicoterapia, el cual ha sido utilizado en distintas provincias de España.
9. La AEMP ha registrado las investigaciones, así como las publicaciones sobre musicoterapia que han sido realizadas en España en el Listado de Investigaciones y Publicaciones de Musicoterapia en España (2014).

Estos documentos son los que brindan una estructura a la profesión, proporcionan el marco organizativo de referencia y conforman los fundamentos organizativos requeridos para lograr ante las autoridades competentes, el reconocimiento de la musicoterapia como profesión.

De acuerdo con el Registro de Asociaciones del Ministerio del Interior están registradas 53 asociaciones de musicoterapia (Del Moral, Mercadal-Brotons, Sabbatella, 2018), entre ellas se encuentran las siguientes:

Asociaciones Nacionales

- Asociación Española de Musicoterapia (AEMT) (1977).
- Asociación de Profesionales de Musicoterapia (APM) (1997).
- Asociación para el Desarrollo y la Investigación de la Musicoterapia (ADIMTE) (2004).

Asociaciones Regionales o Locales (ordenadas por Comunidad Autónoma, incluyendo año de fundación)

- Asociación Cultural de Musicoterapia De Almería (1994).
- Asociación Gaditana de Musicoterapia (AGAMUT) (1999).
- Asociación Aragonesa de Musicoterapia (AAMT) (1999).
- Asociación de Musicoterapia, Docencia E Investigación Del Principado De Asturias (1999).
- Asociación Catalana de Musicoterapia (ACMT) (1984).
- Asociación para la Evolución de la Musicoterapia en Canarias (AEMUCAN) (2014).
- Asociación de Musicoterapeutas de Baleares/Associació de Musicoterapeutes de Balears (ABAMU) (2015).
- Asociación de profesionales de la Musicoterapia en Extremadura (APROMTEX) (2014).
- Asociación Galega de Musicoterapia (AGAMUS) (2003).
- Asociación Independiente Para la Divulgación de la Musicoterapia (AIDMT) (Madrid) (1998).
- Centro de Investigación en Musicoterapia y Comunicación No - Verbal del Mediterráneo (AMME) (2000).
- Asociación para la investigación y desarrollo de la Musicoterapia en Andalucía (AMA) (2015).
- Asociación Sevillana de Musicoterapia (ASMU) (2014).
- Asociación de Musicoterapia de la Región de Murcia (AMTRM) (2011).
- Asociación Música - Arte y Proceso (MAP) (1995).
- Centro de Investigación Musicoterapéutica - Bilbao (MI-CIM) (1986).
- Asociación Valenciana de Musicoterapia (AVMT).Asociación Valenciana de Musicoterapia (AVMT) (1991).

Ahora bien, entre las muchas asociaciones de musicoterapia, una de las más representativas es la Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales (AEMP). Esta es una asociación profesional independiente y sin ánimo de lucro, es la única en España que está registrada en la Dirección General de Trabajo de la Subdirección General de Programación y Actuación Administrativa del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, con el número 8571 (BOE 3/11/2007), lo cual representa un importante progreso en lo que se refiere a la profesionalización de la Musicoterapia. Además, la AEMP es miembro de la Confederación Europea de Musicoterapia (European Music Therapy Confederation, EMTC) y de la Federación Mundial de la Musicoterapia (World Federation of Music Therapy WFMT).

En esta misma asociación AEMP, surge la iniciativa de elaborar un registro español de musicoterapeutas acreditados (REMTA, 2010). En 2011 se creó una comisión de acreditación española de musicoterapeutas profesionales CAEMT, que tiene como finalidad poner en marcha dicho registro, amparándose en el documento técnico “Standars for Being a Music Therapist in Spain (2009)” y siguiendo la documentación pertinente de la EMTC. A fecha de Abril de 2019, los musicoterapeutas registrados que cumplen con los criterios establecidos por la EMTC y adaptados por la CAEMT, son 96. (AEMP, 2019).

El gran número de asociaciones ocasionaba una dispersión asociativa, además de una confusión de identidad, así como de funciones de estas asociaciones de cara a la sociedad, por ello en 2012 se retoma la idea surgida en 1999 de crear una Federación que agrupara a todas las asociaciones de musicoterapia españolas, comenzando su valoración más concreta en el mes de julio de 2013, durante la celebración del III Congreso de Terapias Creativas realizado en Vitoria.

Posteriormente, en diciembre del mismo año, se realiza la primera reunión en Madrid a la cual asistieron representantes de las asociaciones siguientes: Asociación de Profesionales de Musicoterapia (APM), Asociación Gaditana de Musicoterapia (AGAMUT), Associació Catalana de Musicoterapia (ACMT), Asociación para la Investigación y el Desarrollo de la Musicoterapia (ADIMTE), Asocia-

ción Española de Musicoterapia Plurimodal (AEMtP), Asociación para el Estudio e Investigación de la Música, la Terapia y la Comunicación (AEIMTC), Asociación Valenciana de Musicoterapia (AVMT) e Instituto Europeo de Musicoterapia Humanista (IEMH), acordando la creación de la Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia (FEAMT). El 22 de marzo de 2014, en una segunda reunión, se constituye definitivamente la Federación (Guaglione, 2014), confirmando las asociaciones que forman parte de esta, aprobando los Estatutos y nombrando la Junta Directiva y quedando finalmente registrada en el Registro Nacional de Asociaciones con el nº 51190, el día 9 de julio de 2014.

La Federación perseguía agrupar a las asociaciones que ya existían y que contaban con su registro oficial en España. Esta unión tenía como fin promover la musicoterapia como una disciplina y también como una profesión, para lograr que esta fuera reconocida en diferentes escenarios. La FEAMT está conformada por 11 asociaciones (FEAMT, s/f): Asociación de Musicoterapia de la Región de Murcia (AMTRM); Asociación para el desarrollo y la Investigación de la Musicoterapia (ADIMTE); Asociación Gaditana de Musicoterapia (AGAMUT); Associació per la musicoterapia/Asociación Valenciana de Musicoterapia (AVMT); Asociación para la evolución de la musicoterapia en Canarias (AEMUCAN); Asociación Española de Musicoterapia Plurimodal (AEMtP); Asociación para el estudio e investigación de la Música, la Terapia y la Comunicación (AEIMTC); Asociación de Musicoterapeutas de Baleares/Associació de Musicoterapeutes de Balears (ABAMU); Asociación de Musicoterapia de Andalucía (AMA); Asociación Sevillana de Musicoterapia (ASMU) y la Asociación de profesionales de la Musicoterapia en Extremadura (APROMTEX).

III.1.6.1. La formación del musicoterapeuta en España a diferencia de otros países

Dependiendo del país varía los aspectos relacionados a la formación en Musicoterapia, así su organización depende del contexto geográfico, en la mayoría de los casos, suele ser en estudios universitarios. De esta manera, se diferencian dos modalidades en su estructura, estas son: obtención de Máster a través de

universidades y formación privada en centros o asociaciones de musicoterapia. En la actualidad, existen en España los dos modelos, el primero desde el año 1992, mientras que el segundo data de 1986 (Sabbatella, 2007; 2008).

En España, las primeras ofertas de formación en musicoterapia se llevaron a cabo por instituciones privadas en la Escuela de Musicoterapia y Técnicas Grupales de Vitoria-Gasteiz y en el Centro de Investigación Musicoterapéutica de Bilbao, durante la década de los ochenta. El primer programa de formación universitario se creó en 1992 en la Universidad de Barcelona y fue coordinado por la Dra. Serafina Poch. Desde ese momento, se fueron desarrollando de manera progresiva cursos de postgrado en musicoterapia en universidades tanto públicas como privadas.

La oferta formativa comprende: Cursos de postgrado en musicoterapia de distinto nivel educativo: máster, especialización y experto universitario ya sea en universidades o en instituciones privadas; cursos de introducción y sensibilización a la musicoterapia, talleres y seminarios y talleres; y asignaturas de musicoterapia incorporadas en los estudios de grado universitario. En cuanto a la investigación, este aspecto es más reciente. Los diseños curriculares siguen los lineamientos dados por la Federación Mundial de la Musicoterapia (World Federation of Music Therapy WFMT), las pautas para la Convergencia Europea en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), el Documento Técnico Recomendaciones Orientativas para Valorar el Diseño de los Postgrados Universitarios de Musicoterapia en España y la Confederación Europea de Musicoterapia (European Music Therapy Confederation, EMTC) a través del Registro Europeo de Musicoterapeutas (European Music Therapy Register, EMTR).

No obstante, los estudios de Sabbatella (2005) reflejaron que existen diferencias curriculares, en cuanto a número de horas de formación, la orientación teórica, las prácticas, el nivel académico de la oferta y la supervisión, lo que quiere decir que no todas las formaciones siguen las directrices de los organismos ya mencionados. Los requisitos que deben cumplir los estudiantes para obtener el

título de musicoterapeuta se encuentran en el documento Criterios para ser Musicoterapeuta Profesional en España (2009).

En España para ejercer la musicoterapia es necesario contar con un título de Musicoterapeuta otorgado por una universidad o un centro formativo no universitario acreditado académicamente, con el fin de que el título pueda ser verificado y homologado y siendo estos profesionales residentes en el país deben cumplir con los requisitos de la Titulación para ser Musicoterapeuta Profesional Acreditado en España (MTAE), los cuales de acuerdo a Sabbatella (2011) son los siguientes:

a.- Título Universitario de Postgrado en Musicoterapia otorgado por una Universidad Española, cuyo número de horas de formación debe ser de 600 horas mínimo y/o de 60 ECTS. El programa de formación debe corresponder a los lineamientos curriculares del Espacio Europeo de Educación Superior y la Federación Mundial de Musicoterapia. Este debe incluir prácticas supervisadas de musicoterapia y proceso formativo didáctico y terapéutico personal (self-experience) que serán impartidas en un 50% del mínimo establecido, mientras que las áreas curriculares en modalidad presencial lo harán en un 30% del mínimo establecido.

b.- Título Universitario de Grado en Musicoterapia obtenido en una Universidad Extranjera, verificado y homologado con su equivalente en Licenciatura/Diplomatura Universitaria correspondiente y cuyo programa de formación cumpla con los requisitos expresados en el epígrafe a.

c.- Título Universitario de Postgrado en Musicoterapia otorgado por una Universidad Extranjera, verificado y homologado y cuyo programa de formación cumpla con lo establecido en el epígrafe a.

d.- De igual manera, en España pueden ser musicoterapeutas profesionales aquellas personas que tengan un título No Universitario de Postgrado en Musicoterapia obtenidos tanto en Centros Formativos Españoles como en extranjeros, siempre que cuenten con respaldo académico, sean verifica-

bles y homologables, además de estar residentes en el país. El programa de formación debe cumplir con lo establecido en el epígrafe a.

III.1.7. El Musicoterapeuta

El musicoterapeuta según la definición de Mateos-Hernández (2011) es:

“Un profesional que tiene conocimientos y una identidad tanto en el campo musical como en el terapéutico, de esta manera, integra todas sus competencias desde la disciplina de la musicoterapia y establece una relación de ayuda únicamente afectiva mediante actividades musicales en un contexto óptimo, a fin de Promover y / o restablecer la salud de las personas con quienes trabajan, satisfaciendo sus necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas y fomentando cambios significativos en ellos. (pág. 110)

No obstante, hasta el día de hoy ha sido difícil darle una identidad a la figura de la musicoterapia, dado a que, según refiere Cristina López, presidenta de la Asociación Valenciana de Musicoterapia (AVMT), muchos profesionales de esta área provienen de otra, como la psicología, la música, la enfermería y la educación y que han realizado un máster en musicoterapia (Edición C. Valenciana, 2018)

Lo mismo ocurre en otros países y ha ocurrido durante años, pues Aigen (2014), compilando los hechos en diferentes países, indica que continua el debate sobre la identidad y la legitimidad de los musicoterapeutas. Los roles asumidos por estos son semejantes, en su mayoría, a los roles de profesionales de la medicina, psicoterapeutas, logopedas, terapias ocupacionales, etc. Ha sido más reconocido el musicoterapeuta como profesional de la salud en Australia y América del Norte que en Europa, especialmente en Alemania y Reino Unido.

En España se realizó un congreso para reconocer al musicoterapeuta como un profesional, en el III Congreso Nacional de musicoterapia (2010): Identidad y desarrollo profesional del musicoterapeuta en España y también en el V Congreso Nacional de Musicoterapia (2014): Orquestando la musicoterapia: Identidad, Comunidad, cohesión e integración. En ambas asambleas se discutió sobre la importancia de fortalecer la identidad y el papel como profesionales de la musicoterapia, buscando una cohesión en las diferentes áreas de trabajo para fomentar la integración mercado social y laboral de la musicoterapia como reconocimiento profesional.

Actitudes y valores

Mateos-Hernández (2011) reconoce y señala los valores subyacentes en el musicoterapeuta, los cuales son: cuida de utilizar el lenguaje como medio terapéutico y es un agente de salud en la comunidad; está orientado a comportamientos de ayuda social, es positivo y da orientación a su vida a través del autoconocimiento, el acercamiento a la verdad y el sentido de libertad; su práctica se guía por el código deontológico del musicoterapeuta (CEMPE); elige el cambio tanto para sí mismo como para las personas con las que trabaja, para las instituciones y para la sociedad y es un actor didáctico que transmite la musicoterapia, adaptándola al contexto.

De acuerdo con la musicoterapia humanista, las actitudes de un musicoterapeuta están asociadas de manera directa con su estilo de vida, este no se desvincula de sus componentes afectivos, conductuales y cognitivos. Las actitudes vienen a formar el contexto psicoterapéutico y en la dinámica de la intervención, crearán el modelaje referencial para el paciente. El paciente aprende a aceptarse a sí mismo a partir de que se siente aceptado por su terapeuta, sin ser menospreciado ni juzgado (Muñoz, 2008).

Las actitudes se deben relacionar con las habilidades para efectuar de manera adecuada la intervención terapéutica, empleando las técnicas requeridas

para solventar problemas o satisfacer necesidades. Las actitudes que debe tener un musicoterapeuta según la musicoterapia humanista son (Muñoz, 2008):

- 1. Empatía total:** Tiene que ver con la habilidad de escuchar de manera activa, la selección adecuada de la música (manejo de la metodología), la habilidad de acompañar verbalmente y la de contacto físico pertinente y respetuoso.
- 2. Riesgo responsable:** el musicoterapeuta tiene que ser flexible, creativo, tener capacidad lúdica y además, tener la habilidad de practicar algún instrumento.
- 3. Estar en la verdad:** se refiere al crecimiento personal, a tener experiencias de vida, tener la habilidad para confrontar y diseñar vías terapéuticas.
- 4. Espiritualidad:** Tener confianza en el potencial humano, entre este y la música, tener una actitud creadora y de intención amorosa.

III.1.7.1. Dificultades Laborales

La situación laboral y profesional de los musicoterapeutas en España ha sido estudiada por diversos autores, reflejando datos importantes para la praxis de la musicoterapia en el país. Así, por ejemplo, Poch (2008), aplicando la técnica del cuestionario, realizó un estudio para comparar entre comunidades autónomas el número de titulaciones expedidas y la inserción laboral de los musicoterapeutas. El estudio obtuvo como resultado que las mayores inserciones laborales se dan en las comunidades autónomas en donde existe el mayor número de titulados. También señaló que las enfermedades más frecuentes en las que trabaja el musicoterapeuta son: parálisis cerebral, discapacidad intelectual, enfermedades neuromusculares, incluyendo traumatismos craneales.

A las dificultades laborales se añade una más, el hecho de que la musicoterapia está siendo considerada como posible pseudoterapia. Así lo señala el resultado del informe 2018 realizado por Red Española de Agencias de evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (REDETS) (MSCBS-MCIU, 2018).

III.1.7.2. La musicoterapia como posible Pseudoterapia

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019) en el marco del Plan de Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias, ha definido como pseudoterapia a la actividad o servicio, así como a la sustancia o producto, que no tenga una fundamentación científica que permita respaldar su seguridad y eficacia.

Desde hace mucho tiempo, en lo que respecta a la sanación de enfermedades y tratamientos de trastornos, han coexistido las prácticas que no tienen un fundamento científico con las que sí lo tienen. Sin embargo, la preocupación por las autoridades competentes sobre su inocuidad ha venido en aumento ya que en la actualidad hay un gran número de personas que consideran que algunos tratamientos que no están avalados por las evidencias también son efectivos y aceptan ser tratados con ellos, como por ejemplo los productos homeopáticos (Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología FECYT, 2016). Así, lo confirma el Barómetro del CIS (2018) que mostró que un 9,8% de los españoles acudieron a un homeópata (MSCBS-MCIU, 2018).

Así, la REDETS se ha dedicado a analizar 139 técnicas mediante una búsqueda en Pubmed en el período 2012-2018 encontrando que 73 de ellas no tienen ni siquiera una referencia que permita constar su efectividad y seguridad. Estas técnicas han sido consideradas como pseudoterapias, algunas de ellas ya declaradas como tal, por ejemplo, la hipnosis y la iridiología y otras aún en evaluación como por ejemplo la acupuntura, la homeopatía y la musicoterapia (MSCBS-MCIU, 2018).

En el Plan para la protección de la salud frente a las pseudoterapias elaborado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) y el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (MCIU), se expresa que las pseudoterapias pueden perjudicar la salud, tanto en la prevención como en el restablecimiento de esta, puesto que no se conoce sobre su eficacia, su efectividad y su nivel de seguridad, bajo un rigor científico.

Ambos Ministerios consideran que los avances de la tecnología han permitido que los ciudadanos busquen información sobre tratamientos y sustancias que muchas veces pueden ser perjudiciales, además, esto se une al hecho de que las personas pueden automedicarse con productos que no han sido comprobados científicamente, lo que hace que se vulnere el derecho a la salud. Por ello decidieron planificar acciones para proteger a la ciudadanía de las pseudoterapias, recogidas en el ya citado Plan.

Este plan tiene tres principios: la evaluación de las pseudoterapias, la difusión de la información y el cumplimiento de las normas y 4 líneas de acción cada una de ellas con sus objetivos:

La línea 1 se propone analizar las pseudoterapias bajo los principios del conocimiento y la evidencia científica y difundir esta evaluación a todos: ciudadanos, profesionales, administraciones públicas, colegios de profesionales, etc.

La línea 2 se propone evitar la publicidad engañosa y para ello tiene como objetivo modificar cuatro Reales Decretos: RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, el RD 1907/1997, de 2 de agosto, sobre publicación y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria, el RD Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y el RD 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la pu-

bilidad de medicamentos de uso humano y de los productos sanitarios. Todo ello para incorporar el empleo de internet o redes sociales ya que mediante ellas se promocionan productos, servicios y actividades con finalidad sanitaria y responsabilizar de ello también a los titulares, personas físicas, personas jurídicas, tanto de los medios de comunicación como de los locales, así como reforzar el régimen de sanciones.

La Línea 3 está dirigida a procurar que las actividades sanitarias sean realizadas por personas que sean profesionales y que dispongan de la titulación correspondiente, además de eliminar las pseudoterapias de los centros sanitarios.

La línea 4 tiene que ver con la coordinación que debe existir en el desarrollo de programas basados en los principios del conocimiento y la evidencia científica, la verificación de títulos de grado y de máster y el desarrollo de alianzas y acuerdos entre Decanos, Rectores, colegios, para no promover títulos referentes a pseudoterapias. Así mismo, abarca la adaptación de los criterios para acreditar las actividades de formación continuada y no reconocer los actos de carácter científico que fomenten el empleo de las pseudoterapias (MSCBS-MCIU, 2018).

El considerar a la musicoterapia como una posible pseudoterapia representa un elemento que puede empañar los avances que se han logrado desde 1986, en centros privados y 1992, en universidades, hasta la actualidad, tanto a nivel de formación académica como en el campo laboral. De ser declarada pseudoterapia los títulos podrían quedar sin efecto ya que se están haciendo las modificaciones respectivas en los reglamentos para que no sean aceptadas aquellas titulaciones concernientes a pseudoterapias. En el caso de no ser declarada pseudoterapia y viéndolo desde el punto de vista más positivo, en cierta medida, esto apuntaría a que la práctica de la musicoterapia sea realizada por alguien que realmente esté cualificado para ello ya que se hará hincapié en que la atención sanitaria sea realizada por un profesional con el título correspondiente.

Por otro lado, en el ámbito laboral todos aquellos que estén prestando atención bajo una técnica que sea considerada pseudoterapia quedarán fuera de los centros y es posible que también existan limitantes para ejercerla como independiente, lo que ha traído tensiones y estrés en todos los profesionales de la musicoterapia. Las situaciones difíciles, mientras no son resueltas, la manera de enfrentar los conflictos, las expectativas que se hacen los musicoterapeutas ante la situación de ser o no declarada como pseudoterapia a la musicoterapia y todo lo que ello implica, hace que esta circunstancia se convierta en terreno fértil para que se produzca fatiga de la compasión. Además, de su situación personal, estos profesionales se enfrenten a un estrés que se deriva del perder el contacto con sus pacientes a quienes dejarán de ayudar en su sufrimiento y que, en cierta medida, se transforma en compasión por aquellos que están en crisis (Fingley 1995).

Hay un impacto para el profesional que le resulta difícil de manejar porque ha compartido muchas vivencias con sus pacientes y ha establecido una empatía, puede mostrarse triste, enfadado, sentirse culpable ante la situación de no poder atenderlo, puede también sentir ansiedad, evitar la situación, ser más desconfiado, incluso dejar las relaciones, porque puede desarrollar fatiga por compasión (Fingley 1995).

A blurred background image showing two hands holding a heart-shaped object, possibly a piece of fruit or a small sculpture, in a warm, golden light.

IV FATIGA DE LA COMPASIÓN

FATIGA DE LA COMPASIÓN

IV.2.1. Origen y evolución del concepto de la Fatiga de la Compasión

La asistencia en el área de la salud es diferente según el profesional que presta la atención y cuidado, tales como médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, técnicos de atención a personas en situación de dependencia, animadores socioculturales, musicoterapeutas y educadores sociales, pero todos ellos trabajan con el fin de reducir los síntomas y mejorar el bienestar en el paciente y en sus familiares (García-Moya, Atienza y Gutiérrez, 2015).

En la actualidad, la mayoría de estos profesionales trabajan bajo un enfoque bio-psico-socio-espiritual procurando la calidad asistencial. No obstante, durante la fase crítica o terminal de una enfermedad, estos profesionales se enfrentan a situaciones altamente estresantes que se incrementan porque deben prestar cuidado al sufrimiento del paciente y también al de sus familiares. En base a esto, por ejemplo, el deterioro progresivo en el proceso de cronicidad en la enfermedad de Parkinson puede transformarse en una circunstancia muy demandante e incluso traumatizante a nivel secundario, generando distrés emocional y psicológico en muchos de estos profesionales socio-sanitarios (Gálvez et al., 2017)

De esta manera, el bienestar de los profesionales de la salud se ve afectado por este malestar psicológico y de él se derivan enfermedades como el síndrome de burnout (Gallagher, 2013) y la Fatiga de la Compasión (en adelante FC) (Figley 2013), también conocida como desgaste por empatía (Acinas, 2012).

En España la FC no es muy conocida debido a que han sido muy pocas las investigaciones que se han llevado a cabo sobre este tema. El término fue utilizado por primera vez en la literatura científica, en 1992, en una investigación realizada por Joinson (1992) sobre El Síndrome de Burnout en enfermeras que trabajaban en un área de Urgencias hospitalarias. Joinson (1992) describió que las enfermeras

presentaban irritabilidad, fatiga crónica, temor a ir al trabajo y también, cómo repercutían estos síntomas en su salud física y en la insatisfacción por la vida. Todos estos comportamientos fueron considerados como las características de la FC, sin embargo, no se logró establecer una definición exacta del problema.

Más tarde Charlie Figley centrándose en la psicología del trauma, definió a la FC como “la reacción emocional natural que resulta de ayudar a una persona que está sufriendo o pasando por un suceso traumático, es decir, es un trauma que surge de manera repentina e indirecta como consecuencia de ayudar a personas que padecen el trauma de forma directa” (Figley 2017).

No obstante, en la actualidad, se ha apartado de la psicología del trauma y se ha definido como una enfermedad compleja, caracterizada por fatiga mental y física, que es intensa y puede ser incapacitante, continua o variable, que interfiere con las actividades ocupacionales de las personas que la padecen y no se recupera con el descanso (Ureña, García y Joanico, 2017).

Añadiremos que su origen puede expresarse en la definición de Smart et al., (2014) al definirla como “el producto de estar en contacto de manera continua y prolongada con los pacientes”. De esta manera, son propensos a desarrollar FC todos los profesionales de la salud ya que surgen vínculos en el esquema cognitivo del cuidador con el dolor de las personas que sufren emocionalmente, es una especie de “coste” de cuidarlas (Turgoose y Maddox, 2017).

La FC se ha presentado en un gran número de profesionales que cuidan a personas que experimentan eventos muy estresantes, como por ejemplo, aquellos que tienen a su cuidado a pacientes en estado terminal (Friesz, 2019). Por esta razón, Rawls, B. (2019) considera que la FC puede ser comprendida como “un estado de tensión que surge principalmente por la preocupación de dar la mejor atención a las personas que sufren, puede llegar al punto de ser una situación extrema y altamente traumatizante, para la persona que brinda la atención”. Así mismo la concibe Levkovich y Gada (2020), pero añade que ésta se origina al

elevarse los niveles de energía y compasión cuando se cuida por un tiempo prolongado a pacientes que están sufriendo.

En cambio, para Care (2017) la FC es una combinación entre el síndrome de burnout y estrés traumático secundario que surge por la entrega de los profesionales de la salud, cuando prestan la atención a pacientes que sufren emocionalmente. Figley (1995); Rothschild (2006); Newell y MacNeil (2010); Cuartero y Campos (2019) hacen más amplia la definición al incluir la consideración del entorno laboral entre la población de riesgo. Para estos autores la FC, que se desarrolla en este colectivo, viene dada por la fatiga física y emocional que sienten por el uso de la empatía al trabajar con pacientes que sufren y sus familias, experimentando sentimientos de confusión, aislamiento, indefensión y represión de emociones (Figley 1995; Hopwood, Schutte y Loi (2019). Por tanto, cualquier profesional socio-sanitario (médicos, psicoterapeutas, enfermeros), según Okoli, (2020), que preste servicio de apoyo puede padecer FC, pues ellos, de manera inconsciente, emplean la empatía para facilitar la relación entre profesional-paciente, lo que hace que se cree un desequilibrio entre empatía-compasión y surja el riesgo de tener estrés de compasión y no saber cómo solicitar ayuda (Campos et al., 2017). Por eso Cieslak et al. (2014) y Farnese, et al (2020) la conciben como una reducción del interés del cuidador que surge para evitar el desarrollo de empatía y de esta manera, soportar el sufrimiento de sus pacientes y lograr su bienestar, es decir, la falta de interés actúa como una especie de escudo que lo protege del sufrimiento del paciente.

Cabe señalar que la FC no se considera una enfermedad mental, sino una respuesta psicológica (Vidal, Oliver, Galiana y Sansó, 2019). No obstante, es importante que se le preste atención, pues si no se trata a tiempo puede desembocar en depresión y enfermedades asociadas con el estrés (Campos, Cardona y Cuartero, 2017). Aparece de manera repentina y se acelera cuando el tiempo de cuidado de los pacientes, en circunstancias delicadas, es largo y no se observan mejoras (Epp, 2012).

Los profesionales que atienden a personas que sufren en centros sociosanitarios y también en sus domicilios, pueden desarrollar compasión con estos y sus familiares y esto puede ocasionarles agotamiento emocional (Bench, Stayt, Shah, Dhinan y Czuber-Dochan, 2020), así como llevarlos a abandonar el trabajo (Figley 1995; Khan, Jackson, Stayt y Walthall, 2019) y/o desarrollar el síndrome de burnout (Figley 2002; Macia et al 2020). En definitiva, la literatura médica de acuerdo con Arimon, Torres, Fernández y Canela (2019) describe a la FC como un estado de descontento emocional.

Autores como Figley (1995; 2002) y Sabo (2006) sostienen que la FC se inicia y se instaura de una manera brusca y luego va progresando en tres fases (Newell, 2010; Stamm, 2010) (figura 1). Se inicia con la fase “Disconfort de la Compasión”, seguida de la fase “Estrés por Compasión” hasta llegar a la “Fatiga de la Compasión” propiamente dicha, en la que el desgaste de la energía de compasión del profesional es mayor a su capacidad de recuperación, esto origina consecuencias negativas, tanto psicológicas como físicas, que tienen impacto en la satisfacción del paciente y en el ámbito laboral del profesional: absentismo laboral crónico, empobrecimiento del trabajo en equipo, fallos, errores clínicos, rotaciones de puestos e incremento en los costes de los trabajadores a la organización.



Figura 1. Fases en la evolución hacia la fatiga de la compasión

IV.2.2. Estudios sobre la FC

Sobre la FC se han realizado una gran cantidad de estudios con diversos profesionales de la salud y especialmente con los que trabajan en el servicio de emergencia (González, Sánchez y Peña, 2018; Plaff, Feerman-Gibb, Patrick, DiBia-se y Moretti, 2017), en profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos (Hernández, 2017; O'Mahony et al. 2017), personal de la Atención Primaria (Care, 2017), enfermeras (Hevezi, 2016; Karanikola et al. 2015; Potter et al. 2013), trabajadores sociales (Gregory 2015; Hilliard, 2006), profesionales que ejercen funciones directivas en organizaciones que atienden a población en condiciones vulnerables (Marín-Tejeda, 2017).

Estos estudios son diferentes en cuanto a metodologías, diseños de investigación, tipos de intervención, muestras, objetivos, pero han demostrado que existe una falta de información y evidencia sobre las intervenciones efectivas para reducir la FC y también sugieren que se puede enseñar a los profesionales de grupos ocupacionales de riesgo a hacer frente a los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de la FC. Cocker y Joss (2016) en su revisión sistemática observaron que, en particular, existe una brecha en la investigación realizada en muchas ocupaciones de emergencia, como la policía y los bomberos y otros servicios comunitarios de salud, como los trabajadores de protección infantil y apoyo a la discapacidad.

En este estudio, la revisión ha mostrado que no existen estudios dirigidos al efecto de la FC en profesionales de la Musicoterapia, pero sí hacia la aplicación de la musicoterapia como intervención en profesionales del área sanitaria pero los resultados son contradictorios. Cocker y Joss (2016) indican que las intervenciones de musicoterapia en la FC eran ineficaces y el trabajo de Hilliard, (2006) ya había reportado que no hubo diferencias significativas con respecto a la FC. En España, no se han encontrado estudios que aborden la FC en musicoterapeutas.

IV.2.3. La Fatiga de Compasión y diferencias con otras afecciones psicológicas, emocionales y patologías

El estudio de la fatiga de la compasión es un concepto relativamente nuevo, con pocos estudios concluyentes, por lo que puede ser transferido a otros términos, trayendo consigo dificultades en reconocer unos de otros.

El estrés se puede asociar con la fatiga de la compasión y en ocasiones, utilizar el mismo término para hacer referencia a cosas diferentes, como el Estrés traumático secundario (ETS), Traumatización vicaria (TV), Trastorno por estrés postraumático (TPET) y de forma más reciente el Síndrome de Burnout (Rothschild, 2006).

Son diversas las posturas que existen con respecto a la utilización de un término u otro, tanto es así que autores influyentes como Figley (1995; 1997) o Russo, et al., (2020) han utilizado estos términos sobre el estrés en casos que se trata realmente de fatiga de compasión. Sin embargo, si es cierto que la fatiga de compasión contiene alguno de estos elementos, dependiendo de la situación que se esté viviendo, pues el estrés de atender a una persona durante un período de tiempo causa trauma y cansancio. No es lo mismo, sentir fatiga de compasión que tener síndrome de burnout, son cosas diferentes, aunque autores consideran que se complementan (Russo, et al, 2020).

La diferencia entre ambos según (Russo, et al (2020) y Marín-Tejeda, M. (2017) radica en las relaciones que establece el profesional, así pues, el síndrome de burnout resulta del estrés que deviene por la interacción de los profesionales con su entorno de trabajo (Chirico, 2016), mientras que la FC se origina de la relación entre el profesional y el paciente (Figley 1995; Perregrini, 2019).

Por su parte, Stamm (2010) hace una nueva diferenciación entre ambos fenómenos pero, en este caso, va referida a la población susceptible de padecerlos. Es importante tener en cuenta bajo esta perspectiva que el síndrome de burnout se puede dar en cualquier profesión, mientras que la FC solo se da en profesiones de cuidado o ayuda, pues es una profesión que se asocia directamente con la compasión de la práctica (Smart et al., 2014; Slocum-Gori et al., 2013; Myers, 2020). Henson (2020) afirma que la Fatiga de compasión surge del producto de cuidar a otro y el síndrome de burnout es una situación extrema, producto del impacto entre el trabajador y su entorno.

Dadas estas diferencias, cuando se trata del síndrome de burnout se abordan variables organizacionales que permitan observar, por ejemplo, la sobrecarga, ratio de pacientes..., en cambio para la FC se centra la atención en intervenciones individualizadas que tienden a mostrar las habilidades de afrontamiento y permiten separar la vida personal-profesional (Smart et al., 2014). Las diferen-

cias principales entre la FC y el Síndrome de burnout señaladas por Russo, et al, (2020), se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Diferencias conceptuales entre fatiga de la compasión y burnout

	FC (Desgaste por empatía)	Síndrome de Burnout
Concepto	Estado	Proceso
Evolución	Súbito, rápido, sin señales previas.	Progresivo, acumulación en el tiempo por contacto intenso.
Nivel emocional	Sentimiento de indefensión. Aislamiento y carencia de apoyos	Resultado de la extenuación emocional
Ejes	Re experimentación, evitación y embotamiento. Hiperactivación o hiperarousal	Agotamiento emocional. Baja realización personal. Despersonalización
Manifestación	Menos insidioso	Agravamiento posterior
Relacionado con	Trastorno por estrés postraumático	Estrés laboral
Causas	Relación con esquema cognitivo del profesional	Relación con condiciones laborales

Fuente: Russo,et al, (2020).

Finalmente, es interesante exponer que para valorar el síndrome de burnout existen gran cantidad de instrumentos, siendo el más empleado el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach, Jackson y Leiter, 1996; Calderón et al, 2020); por el contrario, para valorar la FC hay pocos disponibles, siendo el más empleado el Prevalence of Professional Quality of Life (ProQOL) (Stamm, 2005, 2010; Smart, et al., 2014).

IV.2.3.1. Satisfacción de la compasión (SC)

La Satisfacción de la Compasión (SC) es una situación opuesta a la FC (Bermejo, 2020), por tanto, si la FC es admitida como “el coste de cuidar”, la SC se asume como “el premio o recompensa positiva por cuidar” (Smart, 2014; Sacco y Copel, 2018.). De acuerdo a la literatura médica, Fernández, Conde y Fernández (2016), aseguran que profesionales expertos en cuidados paliativos, relatan sentimientos de gratitud y satisfacción derivadas de su trabajo con las personas que han fallecido, sobre todo, en el ámbito espiritual y existencial de la vida. Entonces, la SC es una actitud positiva del cuidado que ayuda a compensar las particularidades negativas del trabajo con personas traumatizadas o enfermos agudos (Hunt, Denieffe y Gooney 2019).

A pesar de que la SC ha sido menos estudiada que la FC, Stamm (2016) la define como “el placer que se consigue al ser capaz de realizar bien el trabajo, así como también, a los sentimientos de satisfacción que se siente al colaborar con los compañeros, la organización y la sociedad”, por tanto, la SC procede de implicarse en la ayuda de los pacientes y lograr mejorar su estado.

En este sentido, muchos son los investigadores que proponen a la SC como un factor protector ante los riesgos de la FC (Figley 2013) (altos niveles de SC se relacionan con bajos niveles de FC) y esto esclarece la resiliencia que se desencadena en los profesionales (Simón, Pryce, Roff, Klemmack, citado en O'Mahony et al., 2017), entendiendo “resiliencia” como la capacidad que tienen las personas de salir adelante a pesar de vivir, en determinados momentos, acontecimientos desestabilizadores, traumas y condiciones de vida difíciles (Burnett, 2017).

De la misma manera, el equilibrio que surge entre lo que un sujeto espera conseguir con su trabajo y lo que logra con éste produce la satisfacción laboral y esto hace que se genere mayor eficiencia y calidad en los cuidados prestados (Toro, Higuera y Durban, 2019). La satisfacción laboral es uno de los tres elementos que, del constructo de la SC, han clasificado Sodeke-Gregson et al., (2013), los cuales se presentan a continuación:

El nivel de satisfacción que una persona logra mediante su trabajo.

1. El nivel de satisfacción que una persona logra mediante su trabajo.
2. El nivel de apoyo laboral y social.
3. La satisfacción que una persona siente cuando está realizando bien su trabajo, lo cual tiene que ver con los niveles de control y competencia.

Por tanto, la SC se vincula a las relaciones significativas que se dan entre profesional-paciente, lo que lo lleva a conectarse con la familia, la comunidad y demás semejantes, a la autorreflexión interna, a darle un sentido mayor a la espiritualidad y a un nivel elevado de empatía, denominada por Mottaghi, Poursheikhali y Shameli (2020) como “empatía exquisita” y definida como “el compromiso empático mediante la autoconciencia de los estresores personales y profesionales”.

En este sentido, diversos investigadores como Mottaghi, S., Poursheikhali, H., & Shameli, L. (2020), que estudian a las enfermeras, reflejaron que los profesionales de enfermería desarrollan una relación directa entre los niveles de SC y la RP, pues encontraron que este colectivo se muestra feliz con su trabajo y no presentaron dificultades para separar su vida personal de la laboral, transformándose la SC en un factor protector frente al AE (Sammartino, 2012). Es decir, dado a que SC es la “habilidad de recibir placer a través del cuidado” los profesionales que cuidan de personas enfermas pueden obtener satisfacción, así como sentimientos de logro, lo cual actúa como un factor de protección frente a la FC y además, les permite desarrollar la empatía (Hunt, Denieffe y Gooney 2019; Mottaghi, Poursheikhali y Shameli, 2020). Esto es lo que explica que muchos profesionales

no experimentan la FC o lo hacen en un nivel muy pequeño, a pesar de que se enfrentan a situaciones estresantes (Smart et al., 2014).

IV.2.4. Incidencia y Prevalencia de la Fatiga de Compasión en el Medio Socio-Sanitario

La FC es un tema relativamente nuevo, por tanto, no se cuenta con muchos estudios que aborden esta temática, pero se puede señalar que el personal que trabaja en medios socio-sanitarios está cada día expuesto a la angustia humana. Esta situación puede llevar a este personal a padecer sintomatologías que ponen en riesgo su salud tanto física como mental y también, puede verse afectado el trato con los pacientes (Cetrano et al, 2017).

En este sentido, tenemos que la FC es una de las consecuencias de mostrar empatía y compromiso emocional por parte de profesionales que trabajan en el medio socio-sanitario con pacientes que sufren, por ello, los musicoterapeutas no están exentos de padecerla.

La pregunta que guía esta propuesta es la de indagar si los musicoterapeutas que trabajan en medios sociosanitarios en España también tienen el riesgo de padecer la FC. Ahora bien, es importante acotar que, según estimaciones del Grupo de Trabajo de Musicoterapia (MUSPAL) de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), existe un centenar de personas que acuden a musicoterapia cada semana en España; pacientes con enfermedades avanzadas o que se encuentran en la etapa final de la vida y se les ofrece una respuesta integral a sus carencias físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales. En España están muy bien aceptadas las unidades donde se practica la musicoterapia (SECPAL, 2019).

No obstante, Showalter (2010) en una publicación en el American Journal of Hospice and Palliative Medicine, indicaba que el personal que trabaja con pacientes terminales, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores

sociales y voluntarios, tienen el riesgo de sufrir la FC, al requerir en su cuidado de la empatía; este dato podría sugerir datos de incidencia. En este sentido, los musicoterapeutas que forman parte de los equipos multidisciplinarios que trabajan con este tipo de pacientes no estarían exentos de padecer de FC.

De la misma manera, otras publicaciones, como la de Sammartino (2012), resaltan que los médicos y los enfermeros son “especialmente vulnerables” si se les compara con otros trabajadores del equipo de salud ya que la frecuencia de interacción de estos profesionales con los pacientes que se encuentran al final de su vida, es mayor (Huggard y Unit, 2013).

El estudio de Arkan yılmaz y Düzgün llevado a cabo en 2019 con una muestra de 227 enfermeras en un hospital universitario del Estado de Florida, apoya que las enfermeras son muy vulnerables a padecer FC. La puntuación media total de CS de las enfermeras fue de 97.02 ± 10.67 , es decir que el nivel de compasión de las enfermeras era moderado, lo que se traducía en un riesgo de moderado a alto de FC, que podrían llevar a manifestaciones psicológicas y físicas, con el consecuente absentismo laboral crónico, así como a cometer errores y fallos clínicos.

Cuatro años antes Yoder (2010) realizó entrevistas a 178 profesionales de enfermería que trabajaban en cuidados domiciliarios y servicios hospitalarios de emergencias, oncología, especialidades médico-quirúrgicas, cuidados intensivos y cuidados progresivos. Entre los objetivos de las entrevistas se encontraba identificar las situaciones “gatillo” que se observaban como desencadenantes tanto de FC como del síndrome de burnout. Las variables de su estudio fueron organizadas en tres categorías: cuidado de pacientes (52% que abarcaba el estado del paciente, retos en el cuidado y cuidados percibidos en vano), problemas organizacionales (27% que comprendía la sobrecarga y las decisiones de supervisores y directores) y asuntos personales (13% que incluía los límites y las experiencias personales). Cabe señalar que la variable referida a los problemas organizacionales se asocia directamente con el riesgo de padecer el síndrome de burnout. En lo que concierne a la FC, los resultados obtenidos reflejaron que un 15% de los

participantes obtuvieron puntuaciones que indicaban riesgo de FC. No obstante, sus respuestas fueron confusas, pues los entrevistados no habían recibido formación previa que les permitiera diferenciar los factores de riesgo.

Por su parte, Vidal-Blanco, Oliver, Galiana, & Sansó (2019), en un estudio mostraron que las enfermeras oncológicas desarrollaban FC debido a la exposición reiterada a pacientes que sufren los efectos del trauma, consecuencia de tratamientos agresivos, así como las etapas finales del cáncer. De acuerdo a la revisión de la literatura, hemos encontrado que los profesionales de enfermería han sido el colectivo con mayor número de publicaciones sobre el tema de la FC.

No obstante, según Newell y MacNeil (2010), otro grupo de profesionales que se encuentran en riesgo de FC son los trabajadores sociales que trabajan con personas mayores. Estos profesionales desarrollan una relación cercana con los ancianos que requiere conocer su vida, tanto la actual como la pasada, con el fin de planificar intervenciones eficaces. Esta relación establece un vínculo terapéutico que puede originar un desequilibrio psicológico, pues se hace inevitable escuchar y empatizar, de manera reiterada al paciente y de alguna manera, “absorber” el dolor que el individuo está padeciendo en el momento. Esto, junto con el manejo de dificultades, el estrés laboral, las trabas burocráticas, la atención del trabajo administrativo y el asistencial, pueden llevar a los trabajadores sociales a un estado de FC.

En cuanto a los profesionales de la musicoterapia, los estudios encontrados se han dirigido a evaluar los efectos de la musicoterapia en la FC que padecen otros profesionales. Uno de ellos es el estudio de Hilliard (2006) quien trabajó con 17 profesionales (enfermeras, trabajadores sociales y capellanes) para conocer el efecto de la musicoterapia en la FC. Sobre la prevalencia de FC en musicoterapeutas no se han encontrado estudios, ni nacionales ni internacionales, pero en definitiva, la evidencia científica indica que la FC puede afectar a la calidad del trabajo y a la calidad de vida personal de los distintos profesionales sanitarios, a pesar de las pocas publicaciones sobre el tema (Smart et al., 2014).

IV.2.5. Manifestaciones Sintomáticas de Fatiga de Compasión

IV.2.5.1. Signos y síntomas característicos de la Fatiga de Compasión a nivel individual

La gran mayoría de los profesionales que sufren FC se agotan a nivel mental, físico y espiritual. No obstante, continúan cuidando de los pacientes, olvidando su cansancio y su autocuidado, pero cuando la FC se instaura, si no se recurre a tratamiento, la situación empeora pudiendo generar complicaciones tales como la depresión (Sabo, 2006).

Para Figley (2013) los síntomas de la FC pueden originar cambios agudos ó crónicos, repercutiendo en aspectos cognitivos, emocionales, conductuales, interpersonales, somáticos, laborales y espirituales, llevando al sujeto que la padece a solicitar bajas laborales.

Estos síntomas se manifiestan siguiendo los patrones comunes del estrés: agotamiento, dolores de cabeza, olvidos, pérdida de objetos, enfados frecuentes e incluso exagerados, período de atención más corto, dolores de estómago frecuentes y propensión a enfermar con menos resistencia (Chachula, 2020).

Para reconocerlos, hay frases que, en ocasiones, no están relacionadas con la FC y suelen pasar inadvertidas, pero que prestándoles atención pueden ser de gran ayuda en la práctica clínica, pues alertan sobre el estado de FC una vez que esta se ha instaurado. Algunas de ellas son: “no quiero volver allí”, “me siento exhausto en cada dimensión”, “no tengo energía para nada más”, “¿por qué estoy haciendo esto?”, “vacío, no me queda nada que dar”, “demasiadas preguntas y ninguna respuesta” (Chachula, 2020).

Para finalizar este apartado, se presentará la clasificación sintomática de la FC adaptada de Coetzee y Kloppe (2010); Moreno, Morante, Garrosa y Rodríguez (2004) y de Gilmore (2012), que puede extrapolarse a los trabajadores de centros socio-sanitarios de personas mayores, fundamentadas en las reacciones emocionales, somáticas, espirituales, sociales y cognitivas que la bibliografía científica

citada sustenta (Moreno et al., 2004); Gilmore, 2012 y Coetzee y Kloppe, 2010) (tabla 3).

Tabla 3. Sintomatología de la fatiga de la compasión

Síntomas de Fatiga por Compasión	
Síntomas Intrusivos Re experimentación de situaciones traumáticas que el profesional evidenció directa o indirectamente	-Aspiración obsesiva y compulsiva por ayudar. -El tiempo personal está utilizado por los asuntos concernidos con los pacientes. -Se siente cercano tanto físico como emocional con los pacientes. -Sobre filiación con los pacientes -Las imágenes o historias de situaciones del paciente disparan memorias. -Pensamientos y sentimientos de falta de capacidad como profesional asistencial.
Síntomas Evitativos Evitación de todo lo que conmemore la situación traumática del paciente	-Contestación silenciadora. -Pérdida del sentimiento de gratificación producido por actividades que cotidianamente le complacían. -Aislamiento social y disfunción relacional. - Automedicación/adicción. -Depresión, desilusión, sensación de impotencia. -Cinismo. -Discusión de las creencias fundamentales y pérdida de la esperanza de poder ayudar. -Falta de la energía -Miedo a trabajar con ciertos temas de los pacientes. -Desesperación y desesperanza. -Evita salidas extralaborales con compañeros.
Síntomas de Hiperactivación Aceleración del sistema nervioso afectando la respuesta ante el miedo	-Mayor ansiedad. -Impulsividad / reactividad. -Dificultad para lograr el sueño. -Dificultad para concentrarse. -Cambio en los hábitos alimenticios y modificaciones del peso. -Acrecentamiento de la percepción de exigencias o amenazas -Aumento de la frustración.

Fuente: Castillo (2014).

De esta manera, un profesional que sufre FC puede experimentar las consecuencias siguientes: dolor, cambios en la personalidad, agotamiento alto, problemas de salud, distrés emocional, variaciones en el rendimiento laboral en cuanto a la eficacia y la calidad, deseos de abandonar la profesión y aumento del absentismo laboral (Huggard y Unit, 2013; Hooper et al., 2010).

Cabe destacar que los investigadores, entre los que se encuentran Maslach y Leiter (2016), han declarado que los pacientes sentían insatisfacción ante los cuidados de enfermeras y otros profesionales que se encontraban agotados o que expresaban frecuentemente su deseo de dejar el trabajo. Esto evidencia que, también, es sumamente importante que las instituciones, en especial las relacionadas con el campo de la salud, cuiden sus recursos humanos, sus trabajadores, con miras a poder brindar una asistencia de calidad hacia los pacientes.

IV.2.5.2. Signos y síntomas característicos de la FC a nivel de la organización y de equipo

Cuando surge la Fatiga de la Compasión no solo se ve afectado el cuidador y el enfermo, sino también el resto del equipo y la institución pues forman parte del proceso de intervención en el caso específico de este trabajo; no solo al musicoterapeuta, sino a los demás que puedan actuar de una u otra manera con el paciente.

A nivel organizacional se señalan, en el Proyecto de Concienciación de la Fatiga de la Compasión (2017), las siguientes consecuencias:

- Incapacidad para el trabajo en equipo debido a fricciones entre los compañeros.
- Absentismo elevado.
- Impotencia del personal para terminar las asignaciones o tareas y respetar los horarios.
- No cumplimiento de las normas de la institución.
- Resistencia al cambio.

- Conductas agresivas entre el personal.
- Carencia de flexibilidad entre los trabajadores.
- Desacuerdos con la administración del centro.
- Desconfianza en que la potencialidad de algún cambio posible.
- Carencia de visión de futuro.

Existen factores que, si aparecen de forma conjunta, intensa y continua en el tiempo, se convierten en riesgo para padecer la FC (Lee, Daugherty Eskierka, Hamelin, 2019; O'Mahony et al., 2017; Pfaff, Freeman-Gibb, Patrick, DiBiase y Moretti, 2017; Care, 2017; Acinas, 2012). Estos factores se han clasificado en dos grandes grupos: individuales y organizacionales.

IV.2.5.3. Factores de riesgo individuales

- Sentido de identidad (Figley 1995; Coetzee y Klopper, 2010; Showalter, 2010; y Sodeke-Gregson, Holttum y Billings, 2013). El profesional olvida tomar como medida de precaución su autocuidado (Casas, Repullo y Lorenzo, 2002; Gil y Moreno, 2007; Arranz, Barbero y Barret, 2000; Acinas, 2012; Kearney et al., 2009 y Sánchez, 2007).
- Falta de habilidades para comunicarse.
- Estrés acumulado.
- Falta de habilidades para el autocontrol.
- Uso incorrecto de estrategias de afrontamiento (contención de emociones y alejamiento de los pacientes).
- Aceptación de muchos casos de situaciones asociadas con trauma teniendo poca experiencia.
- Trabajar con pacientes moribundos: las investigaciones, entre las que se encuentran las de Hegney et al. (2014) y Li et al. (2014), han demos-

trado que este hecho es un factor de riesgo tanto para el síndrome de burnout como de FC.

- Relación continúa de los profesionales con el sufrimiento mediante duelos frecuentes o con la atención a pacientes que padecen enfermedades crónicas degenerativas, con pérdidas funcionales, con brotes, múltiples procesos de muerte y abordaje frecuente con las familias.
- Profesionales que adoptan la compasión y la empatía en su trabajo, especialmente si tienen que enfrentarse a duelos y pérdidas en el desempeño del mismo.
- Profesionales comprometidos, idealistas y muy motivados, los cuales pueden decepcionarse al enfrentarse a las pérdidas en el desempeño de su trabajo, sintiendo que no siempre obtienen los resultados esperados.
- Padecer de trastornos del humor, trastornos de ansiedad preexistente o traumas personales precedentes, especialmente casos vinculados con abuso y abandono en la niñez.
- Adiestramiento y práctica profesionales improcedentes.
- Vulnerabilidad del profesional, causada por variables sociodemográficas como la carencia de apoyo social en su lugar de trabajo, el estrés laboral o las experiencias de vida juntamente con los estresores en la vida personal. En este aspecto, la literatura médica ha demostrado que, a partir de los 40 años, las enfermeras tienen más riesgo de sufrir FC dado el número de años que ya tienen trabajados y a la presión asistencial que se deriva del cuidado de personas que sufren (True-land, 2013).

IV.2.5.4. Factores de riesgo organizacionales

- Insuficiente dotación de personal (Hofmann, 2009).
- Carencia de apoyo social por parte de los compañeros de trabajo, así como de los supervisores/directores (Newell y MacNeil, 2010 y Åhlin et al., 2013).
- Cultura corporativa de la institución o grupo que no reconoce los factores emocionales, impidiendo la identificación de las respuestas emocionales (Newell y MacNeil, 2010; Hofmann, 2009; y Moreno, Morante, Garrosa y Rodríguez, 2004).
- Escasez de recursos para el usuario (Newell y MacNeil, 2010).
- Escasa tutorización (mentoring) del supervisor (Newell y MacNeil, 2010; y Hofmann, 2009).
- Turnos continuos de 12 o 14 horas para enfermeras y auxiliares de enfermería los cuales obstaculizan la posibilidad de realizar actividades fuera del medio laboral e interfieren en el tiempo de ocio y la vida personal de los trabajadores (Rowe, 2013).
- Prohibiciones burocráticas de carácter organizacional (Newell y MacNeil, 2010).

Conocer acerca de la FC, sus manifestaciones sintomáticas en la organización, así como los factores de riesgo, nos permite identificar que las personas que desarrollan empatía son las más vulnerables de padecerla. Cuando en el lugar de trabajo ocurre un momento difícil, las personas que lo viven recurren a sus líderes o compañeros buscando apoyo emocional y pueden sentir alivio, pero crean una nueva forma de estrés al que oye, hasta el punto en que este se siente abrumado e ignora sus propias necesidades. Esto puede ocurrir en cualquier ámbito laboral, siendo muy común en el sanitario, en el cual los profesionales de la salud se enfrentan día tras día al sufrimiento del otro (Huggard y Unit, 2013; Hooper et al., 2010).

Ahora bien, la empatía es el elemento que sirve de anclaje para que se desarrolle la FC, conlleva al agotamiento y desgaste, por tanto, podría considerarse como una repercusión negativa de la empatía el hecho de que el profesional de la salud sienta el dolor del paciente que atiende, hasta el punto de que puede producirse un cuidado compasivo no apropiado. Por otro lado, podría también considerarse que una postura empática adecuada podría tener efectos contrarios y aliviar el estrés y agotamiento (Wilczek, 2011) e incluso ayudar al profesional a encontrar un sentido a su actividad sanitaria (Aguilera, Alfaro, Funtealba & Kirsten, 2011). No obstante, hay personas a las que se les dificulta desarrollar la empatía, como, por ejemplo, las personas con rasgos narcisistas de la personalidad, que también suelen ser egoístas, pero, según Decety & Geighgerrcht (2013), pueden desarrollar fatiga de la compasión ya que en sus hallazgos reflejaron que la FC, los aspectos negativos de la calidad de vida profesional y el Burnout estaban asociados a otro dominio de la empatía relacionado con emociones egoístas. Trataremos entonces, en el próximo apartado, del narcisismo.



V. EL NARCISIMO

EL NARCISISMO

Si bien el narcisismo es un tema que está siendo considerado en la actualidad, su estudio psicológico se inició hace más de un siglo, siendo Sigmund Freud el que planteó, por vez primera, el concepto de “narcisismo primario” o no clínico existente en todos los individuos, aunque en diferentes grados, en su ensayo “Introducción al Narcisismo” (1914).

En principio, existió un acuerdo entre los autores con el que se logró la caracterización sintomática del narcisista sin referirse de manera expresa al Trastorno Narcisista de la Personalidad, siendo los rasgos comunes la carencia de empatía, el tenaz sentido de grandiosidad y la necesidad de admiración (Trechera, Millán y Fernández, 2008). Más tarde, algunos teóricos, como Kohut (2001) y Kernberg (1975/1997), manifestaron no estar de acuerdo con la etiología psicodinámica y los síntomas que le caracterizaban, sobre todo en lo referente a su condición regresiva.

En este orden de ideas, la narcisización (invertimiento libidinal) se lleva a cabo por la idealización que el individuo hace sobre un objeto determinado “relación significativa”; el nivel de la patología va a depender de la dimensión idealizadora. Es importante destacar que no todas las personas que tienen algún rasgo narcisista de la personalidad terminan con conductas patológicas (Benatuil, 2019). Existe una vinculación entre altas mediciones de personalidad narcisista y la predisposición a la idolatría de personalidades artísticas, según han señalado algunas investigaciones (McCutcheon, Gillen, Browne, Murtagh y Collisson, 2016). Dado a estas sobreidentificaciones, el narcisista se forma imágenes que lo identifican con otro y le ayudan a reforzar su autoestima, así puede encontrarse en las calles a personas narcisistas que son como “clones” de determinados artistas e incluso se forman clubs de fanáticos sobre identificados, además de grupos de coleccionistas aficionados. Así mismo sucede con seguidores de políticos que incluso usan la misma ropa o líderes que se comparan con héroes o personajes históricos, tanto en discurso como en su apariencia (Jiménez, 2020).

Estos comportamientos son efectuados por los sujetos narcisistas para huir de un yo denigrado y especialmente, acorralado por órdenes superyoicas (Fairbairn, 2019). De esta manera, el narcisista vive en un sistema de gratificaciones futuras, las cuales emplea como referencia para implicarse en cualquier sentimiento, actividad, pensamiento o cualquier obligación que le prometa la recompensa anhelada y/o el reconocimiento por parte de los demás que alimente su autoestima (Pena, Moreira y Guerra, 2020).

Los mecanismos de proyección permiten afirmar el falso self, lo que lleva a la desvalorización de la persona. El narcisista se identifica solamente con aquellos que él piensa que le son afines y que le secundarán en la realización de sus metas omnipotentes; implica el uso de la identificación proyectiva. Cuando las relaciones interpersonales ya no le ayudan o no le sirven para alcanzar sus metas, las desecha sin miramientos, sin agradecer e incluso despreciándoles con niveles altos de agresión (Kernberg, 1997).

V.3.1. Personalidad Narcisista

Se habla de personalidad narcisista cuando un sujeto presenta un desequilibrio en su autoapreciación o autoestima, unido a inquietudes específicas de sus relaciones con su mundo, los objetos y con las personas (Kernberg, 1975/1997). La persona con rasgos narcisistas de la personalidad es dependiente de la imagen idealizada que tiene de sí mismo, está alejada de la realidad, es decir, no distingue entre lo que cree ser y lo que es realmente; su adaptación a la realidad, es superficialmente eficaz, con alguna habilidad o talento en donde puede alcanzar el éxito, pero con dificultades severas en lo referente a las relaciones interpersonales; estas generalmente se acompañan de dificultades neuróticas y/o problemas sexuales, funcionando en un nivel “límite” con dificultades para mantenerse en la realidad y superar las frustraciones que resulten de su interacción con el entorno (debilidad yoica) (Cohen, 2020).

La persona narcisista tiene una relación consigo misma que le genera un aprecio que raya en el culto a sí mismo, a una persona ideal que desea ser querida y admirada, pero que, en la realidad, esa imagen, no es más que una proyección de sus deseos. De esta manera, son personas que requieren de la confirmación externa para mantener su autoestima, en otras palabras, necesitan sentirse aprobados y admirados de manera excesiva por las personas que le rodean. La persona narcisista es muy vulnerable al rechazo de los grupos sociales y puede ser fácilmente cautivado para asumir un rol que se ajuste al deseo del colectivo (Yun y Hyun, 2018).

IV.3.1.1. Rasgos Narcisistas

Es importante destacar que, los rasgos narcisistas de la personalidad se sitúan entre la normalidad (regulación adecuada de la autoestima) y la patología (trastorno narcisista de la personalidad). En este último caso, las personas necesitarían formarse un ideal de sí mismo que les permita mantener su autoestima, de manera que las otras personas los vean como grandiosos y con una buena autoestima, aunque esta dependencia de los demás les genera frustración, fracaso.

La persona narcisista puede ser totalmente funcional en su vida (laboral, familiar y social), sintiendo satisfacción por su vida o que la frustración no la (se refiere a la persona narcisista, sujeto de la oración) deje vivir, siendo ésta la que hace cosas sin importar perjudicar a los otros, incluso cayendo en conductas antisociales.

Se presenta a continuación una serie de rasgos de la personalidad narcisista según Mosquera (2008). Es importante destacar que cada individuo tendrá unos rasgos y no otros, que es lo que determinará la normalidad o patología de la personalidad. Estos rasgos son:

1. **El narcisista sin principios:** este tipo de narcisista es principalmente de la condición patológica, suelen ser delincuentes que terminan en prisión y es cuando se detecta la patología. Son pocos los que logran tener con éxito un tratamiento y lograr una vida funcional, porque su arrogancia les hace abandonar la terapia. Se caracteriza por manejar a las demás personas, ese es su fin, se trata de charlatanes y estafadores.
2. **El narcisista psicopático-sádico:** Disfruta haciendo daño a los demás, terminan siendo asesinos, violadores y suelen no asistir a terapia.
3. **El narcisista práctico y funcional:** Se trata de un narcisista al que no le importan las demás personas, su vida es prácticamente funcional y aunque maneja a las personas, no es consciente de ello. Está adaptado a la sociedad, por lo que acude a consulta y con facilidad atiende a las terapias teniendo éxito y mejorando las características narcisistas. No presenta sufrimiento y hace sufrir a los demás solo cuando siente que las personas no le son de utilidad.
4. **Narcisista elitista:** Está constantemente hablando de sí mismo, de sus logros, de lo que hace, enaltecándose ante los otros y lo que hace siempre es mejor que los demás.
5. **El narcisista límite:** Se considera que es diferente a los demás y por eso debe ser tratado de forma especial, no tienen empatía.
6. **Narcisista desesperado:** Nunca están satisfechos, buscan ayuda en terapia, pero no encuentran la atención esperada y por ello la abandonan. Se consideran ambivalentes, aparentando baja autoestima, quieren, pero no quieren, pasivos-agresivos.

- 7. Narcisista frustrado:** Son narcisistas que atribuyen al exterior sus frustraciones, consideran que los demás son los culpables porque ellos están encima de todos. No logran encontrar satisfacción en su vida, esperaban más.
- 8. Narcisista aparente o inflado:** Le importa lo que los demás piensen y digan de él, por lo que intenta agradar a los demás. En este caso específico, la autoestima es más baja de lo que aparenta, los que les permite encajar y ser funcionales.
- 9. Narcisista dependiente:** Se muestra servicial y preocupado por los demás, pero de forma excesiva y superficial. Su temor a quedarse solo lo lleva a intentar caer bien, por lo que hace lo que sea para encajar, ser reconocido y recompensado.
- 10. Narcisista aparentemente funcional:** Es un narcisista que, desde las apariencias, es funcional en los diferentes ámbitos de su vida; sin embargo, utiliza la manipulación para lograr el control de su vida y por lo tanto, que las demás personas hagan lo que él quiere que hagan.
- 11. El narcisista salvador:** En este caso el narcisista funciona bien en todos los ámbitos de su vida, mientras logre que todo se mantenga estable. Tiende a ocuparse de los demás, por lo que su profesión implica cuidar a los otros. La patología surge cuando pierde el control y se da cuenta que no puede controlar al otro.

Estos son los rasgos narcisistas de personalidad más representativos. En gran parte de los casos presentan una alteración de identidad y muchos mecanismos de defensa, pero pueden ser tratados y evitar que se conviertan en una patología (Mosquera, 2008).

V.3.2. Las Heridas Narcisistas

El psicoanálisis define como herida narcisista a “todo aquello que disminuye la autoestima del Yo o disminuye el sentimiento de ser amado por objetos apreciados” (Baranger, 2018). Las heridas narcisistas surgen a una edad temprana; pueden originarse en la fase intrauterina, en el parto, en el post-parto o en el primer y/o segundo año de vida. Surgen en la relación primaria dual madre-bebé, a un nivel biológico-intuitivo, cuando la madre no responde a las necesidades del bebé, podría no darse una buena interacción o incluso falta adecuada de contacto materno. Esto hace que el bebé se sienta desvalido y sienta una especie de vacío, gestándose una falta básica de amor en el niño. Así, el trastorno narcisista de la personalidad podría asociarse a un fallo en el vínculo materno-filial (Jiménez, s/f) (Kanciper, 2010), lo que crea heridas narcisistas y una gran vulnerabilidad a todo tipo de traumas posteriores (Braier, 2001; Braier, 2017).

Esta inestabilidad emocional, duraría toda la vida y puede producir en el sujeto sensación de inseguridad y relaciones afectivas frágiles y temporales, como resultado de un deseo de unión nunca satisfecho. Aunque en su vida futura el individuo pueda sentir gratificación al expresar sus pensamientos y sentimientos con otra persona, permanecería en él el anhelo de ser comprendido sin mediar palabras, de forma semejante a la relación básica primaria (dual) con la madre. Este anhelo, originado en la pérdida irreparable sufrida por la falta de vínculo materno, favorece el sentimiento de soledad (Klein, 1959).

En este sentido, Winnicott (1974) considera que el estado de abandono, que se origina en ese momento, incluye momentos de angustia a los que denomina “agonía primitiva” y se refiere a que, dado el estado de abandono del bebé, debido a fallos de confianza de la madre o del entorno, éste no pudo integrarlo como tal. Este estado no ha sido provocado por la evocación de un trauma causado por un agente exterior, sino que es el resultado de que nada ocurrió cuando debía de haber ocurrido. Por esta razón, el individuo debe experimentar esa agonía primitiva o vacío para que el yo pueda entonces integrarla en su vivencia presente.

Llanes (2016) señala que es una situación que el individuo tiene que vivir para definir un lugar y un deseo propio ya que es una herida que surge por las pérdidas o abandono de objetos reales, es decir, durante su vida, el individuo revivirá la herida y cómo la enfrente dependerá de la construcción de su subjetividad mediante el contacto y los vínculos que establezca con los demás.

Al respecto, Penkin (2008) señala que: “La culminación de la constitución del sujeto va a ser propuesta a partir de haber perdido o abandonado una cantidad de objetos reales, los objetos y haber constituido objetos simbólicos” (p. 295). Según Benenzon, la herida narcisista del musicoterapeuta ocurre cuando, para evitar que el paciente lo abandone o abandone la terapia, comete “acting out”, entendiéndose éste como un mecanismo que lleva al individuo a realizar acciones impulsivas ante recuerdos inconscientes intolerables, es decir, en vez de expresarse en el nivel de las emociones, se manifiestan en la conducta del sujeto, producto de la resistencia a recordar (Paz, 1996).

Cuando el individuo narcisista establece relaciones con los demás, proyecta sobre estos una imagen de sí mismo, de lo que fue, lo que quiere ser o de lo que fueron sus objetos idealizados, es decir establece un vínculo narcisista mediante la proyección de sus traumas o su ideal (Amorós, Puchades, Renes y Vidal, 2018).

Freud, (1920) en Más allá del principio del placer, refiere que la mayoría de los traumas ocurren en la niñez con personas con las que se tiene una relación de cuidado, especialmente la madre. Desde el desamparo o la indefensión, el niño necesita vincularse con su madre para la formación del Yo, pero este no es objeto de deseo para la madre y surgen las heridas narcisistas (Freud, 1914). El dolor causado se repite en cualquier momento, dependiendo de las circunstancias. Ante la herida, se activan las defensas del yo para evitar el dolor psíquico que se produce y se origina la prepotencia, la arrogancia y el desprecio, entre otros sentimientos, los cuales pueden alterar de manera permanente al Yo y conformar ciertos rasgos patológicos (Amorós, Puchades, Renes y Vidal, 2018).

Ahora bien, para Amorós, Puchades, Renes y Vidal (2018) las heridas de los narcisistas no se limitan a la madre. Para este autor los narcisistas son individuos lastimados por ambos padres y que no teniendo entonces a quién amar, no les quedó más que amarse a ellos mismos.

Todo lo que pueda disminuir la autoestima del Yo o el sentimiento de ser amado por personas que son importantes para el individuo narcisista es considerado por Baranger (1991) como la herida narcisista. De este modo, ésta se provoca cuando el individuo se enfrenta a frustraciones, prohibiciones, límites, juicios y críticas, a lo largo de su vida y éstas son vistas desde la perspectiva de una pérdida ya sea de objetos, oportunidades, etc., en las cuales también se pierde una parte del yo (Llanes, 2016). También se abren heridas narcisistas cuando el individuo no puede adaptarse a la necesidad imperante de ser elogiado, admirado, tener privilegios o cuando las personas que lo rodean no satisfacen sus altos niveles de admiración y elogio. Ante estas situaciones, el individuo pierde el control emocional llegando a ser agresivo e incluso vengativo.

Cuando las heridas narcisistas surgen en la infancia, el niño busca una estrategia para sobrevivir emocionalmente a la angustia que ésta le genera ocultando esa experiencia en la amígdala, una parte del sistema límbico del cerebro, que permitirá que los recuerdos no surjan con facilidad. De esta manera, el recuerdo de esa experiencia se desvincula de las habilidades conscientes para recordar ese trauma y las emociones que desencadena, es como una especie de amnesia que protege al individuo y evita la desregulación emocional utilizando los mecanismos de defensa, como, por ejemplo: negación, fantasía, regresión, conversión, proyección, supresión, entre otros. Sin embargo, ante algunas circunstancias el individuo percibe una amenaza, resurge el trauma y hay un colapso emocional interno que se manifiesta con sentimientos de inseguridad, malestar, peligro y respuestas emocionales como el resentimiento, enojo, odio, que frecuentemente suelen ser proyecciones del odio, vergüenza o desprecio que siente el narcisista por su persona y que desplaza hacia otras personas (Morrison, 2011).

Bleiberg (1994) y Kramer, Pascual-Leone, Rohde & Sachse (2018) indicaron que la vergüenza es producto de no poder conseguir una autosatisfacción y entonces el individuo busca compensar este fracaso mediante el desarrollo de una falsa autonomía muy exagerada y con sentimientos de omnipotencia defensiva. Esto puede desencadenar un carácter patológico, llegando a trastornos narcisista de la personalidad, cuando no reconoce su vulnerabilidad y los defectos que cubre con la omnipotencia.

El individuo con una alteración narcisista de esta índole busca también compensar mediante objetos, que pueden ser personas, el alcohol, drogas, etc., el déficit que le originó la fallida vinculación madre-niño y protegerse de volver a revivir la angustia de desamparo y la amenaza de desintegración yoica (búsqueda del doble omnipotente protector) (Zabalza, 2019).

V.3.3. El narcisista patológico

En este trabajo, se utilizarán participantes sin patologías ni trastornos, pero como en ocasiones el TNP no está diagnosticado, se considera importante tener en cuenta la definición y criterios que nos permita descartar aquellos participantes que puedan tener el trastorno. La American Psychiatric Association (2013), en el DSM5, considera 9 criterios diagnósticos para el TNP:

1. Poseen un gran sentido de autoimportancia, por ello exageran sus capacidades, sus logros y esperan reconocimiento como seres superiores.
2. Tienen fantasías de belleza, poder, éxito ilimitado, brillantez y amor imaginarios.
3. Creen que son únicos, especiales y que pueden ser entendidos solo por personas o instituciones que tienen alto estatus.

4. Reclaman admiración excesiva.
5. Esperan recibir un trato especial o que sus expectativas sean cumplidas automáticamente.
6. Explotan a las personas que les rodean, es decir, sacan provecho de ellas para lograr sus metas propias.
7. Carecen de empatía. Son reacios a identificarse con las necesidades y/o sentimientos de los demás
8. Envidia con frecuencia a los demás y piensan que estos los envidian.
9. Tienen actitudes arrogantes o soberbias

Para ser diagnosticado con trastorno de la personalidad narcisista la persona debe tener 5 de los 9 rasgos ya enunciados.

Por su parte, el manual psicoanalítico PDM (2006) posee también criterios para el diagnóstico psicoanalítico:

- Defiende su autoestima cuando está herida, a través de una combinación de idealización y desvalorización de los otros.
- Presentan difusión de identidad.
- Carecen de dirección moral interna.
- Presentan frecuentemente preocupaciones hipocondríacas y son propensos a somatizarlas.
- Exagerada preocupación por su integridad corporal más que por conservar los vínculos, dado a carencias en sus expectativas de apego.
- Sensación de vacío interno y carencia de sentido que necesita que le confirmen su valía de manera recurrente.

- Presentan depresión y se sienten avergonzados y envidiosos de los que son exitosos, cuando no reciben confirmación externa de su valor.
- Carencia de placer en el amor y en el trabajo.
- Comportamientos destructivos.
- Entregan mucha energía y tiempo a la evaluación de su estatus en relación con el de los demás.
- Al idealizar a otro, se sienten importantes en función de su vinculación con él. Se sienten superiores al evaluar a otros.
- El subtipo arrogante/pretenioso es carismático, manipulador, controlador, propenso a demandas excesivas, desvaloriza a los demás y ataca a los observadores críticos.
- El subtipo depresivo/insuficiente es herido con facilidad, es ingrato y busca personas para idealizar. Además, siente envidia crónica de otros que él considera están en una posición superior.
- El psicoterapeuta que atiende a este tipo de pacientes puede llegar a irritarse, impacientarse y sentirse aburrido, además de tener la sensación de “no ser visto”.

Para que una persona sea diagnosticada con trastorno narcisista de personalidad, también, debe presentar angustia o deterioro, puesto que un sujeto puede ser altanero, carecer de empatía, poseer un sentido excesivo de sus derechos y explotar a los demás y a pesar de ello sentirse bien, presentar buenas relaciones y desempeñarse bien en el trabajo, sin padecer del trastorno.

Diferentes investigaciones como la de Stinson et al. (2008) han tenido como resultados que la prevalencia puntual del trastorno narcisista de la personalidad es relativamente baja, mientras que la prevalencia de aquellas personas con síntomas narcisistas pero que no presentan la angustia suficiente para traspasar la línea clínica es mucho más grande. Estas características forman el patrón que se denomina Narcisismo subclínico.

V.3.3.1. Tratamientos para el trastorno narcisista

Según Ronnigstam (2019), para reconocer a una persona con trastornos de personalidad habría que realizar una evaluación multidimensional, es decir, debe incluirse en ésta la percepción de sí mismo, el estilo cognitivo, aspectos concernientes a la conducta aparente e interpersonal, la expresión afectiva, los mecanismos de defensa y el diagnóstico diferencial respecto a otros trastornos de la personalidad.

En el caso de las personas con el trastorno narcisista de personalidad, las propias características de este trastorno crónico dificultan la terapia y hacen difícil su tratamiento, por tanto, suponen un desafío para el psicoterapeuta. Para comprender el caso, el terapeuta debe conocer las experiencias progresivas que puedan asociarse con el desarrollo del trastorno en edades tempranas. Ronnigstam (2019) señala que se deben considerar factores como el estatus de hijo único, la indulgencia, la sobrevaloración parental y comportamientos aprendidos referente a la explotación. Generalmente, las estrategias de intervención suelen enfocarse en el reconocimiento y el análisis del patrón desadaptativo en cuanto a esquemas, estilos, déficits de habilidades, creencias disfuncionales. Posteriormente, el proceso terapéutico consiste en cuestionar ese patrón y en buscar cómo sustituirlo por otro que sea más adaptativo (Benatuil, 2019).

Los tratamientos para los trastornos de la personalidad disponibles son diversos, pero según Benatuil (2019), en general, no son muy eficaces. Además, Kernberg (2007) señala que el tratamiento del trastorno dependerá del nivel de gravedad, indicando que hay tres niveles. El primer nivel son casos leves a los que Kernberg llama neuróticos, a los cuales recomienda el psicoanálisis; en el segundo nivel de gravedad están las personas que reflejan el síndrome narcisista típico, siendo el tratamiento psicoanalítico y la psicoterapia los más recomendados por este autor y en el tercer nivel de gravedad están los pacientes con trastornos narcisista de la personalidad que pueden responder a una terapia psicoanalítica centrada en la transferencia. Sin embargo, de acuerdo a las características de

cada individuo, podría ser más efectivo el tratamiento cognitivo-conductual (Kernberg, 2007; Levy Meehan, Weber, Reynoso & Clarkin, 2005).

De manera general se presentan los procedimientos cognitivo-conductuales más empleados para los trastornos difíciles de modificar como el trastorno esquizoide, el antisocial o narcisista.

Señalar que Freeman et al. (1990) refieren que, es muy difícil cambiar un patrón narcisista y por lo tanto, para ser más realista, el terapeuta debe centrarse en modificar las conductas específicas y cooperar con el paciente para que este modere su narcisismo.

Entre los procedimientos que se utilizan para el tratamiento del trastorno narcisista de personalidad destacan los siguientes:

1. Cambiar las distorsiones cognitivas que tiene el paciente sobre sí mismo por pensamientos que sean más realistas.
2. Desplazar las imágenes narcisistas empleando imágenes que ayuden a sustituirlas por fantasías que otorguen gratificaciones más al alcance.
3. Emplear la desensibilización sistemática para disminuir la hipersensibilidad a la evaluación.
4. Distraer el pensamiento para eliminar los hábitos de pensamiento vinculados a lo que los otros están pensando.
5. Desarrollar la empatía, mediante representaciones e inversión de roles.
6. Emplear técnicas para la intervención sobre problemas específicos o relacionados, como gastar en exceso, acoso sexual, maltrato físico, verbal o físico.

Para Kealy Goodman, Rasmussen, Weideman & Ogrodniczuk (2017) el proceso óptimo en el tratamiento del narcisismo patológico es la psicoterapia. Estos autores realizaron un estudio con expertos terapeutas para evaluar los componentes más efectivos en el tratamiento. Los resultados reflejaron como primer enfoque a la terapia introspectiva, en segundo, un enfoque cognitivo de construcción de alianzas que se correlacionó fuertemente con la terapia cognitivo-conductual calificada por expertos. El tercer y cuarto componentes involucraron procesos de terapia centrados en los comportamientos interpersonales desafiantes asociados con la vulnerabilidad narcisista y la grandiosidad, respectivamente. Por su parte, Olsson (2018) indica que es muy apropiado el empleo del psicodrama informado y la orientación psicodinámica para el tratamiento de pacientes narcisistas.

De esta manera, se ha evidenciado que las personas narcisistas tienen unas características que hace que su tratamiento pueda resultar difícil, aunque existan diferentes procedimientos terapéuticos. La elección por uno de ellos dependerá no sólo de la gravedad del trastorno, sino también de estas particularidades, pues en ocasiones el tratamiento elegido, por ejemplo, la psicoterapia, puede ser contraindicada de acuerdo a las características de la persona. Tampoco se sabe a ciencia cierta cuál es el tratamiento más efectivo pero las terapias cognitivo-conductuales, dado a su enfoque de apoyo, pueden facilitar la realización de las sesiones. (Kernberg, 2007).

V.3.3.2. Estudios sobre el narcisismo en el ámbito socio-sanitario

Las investigaciones sobre el TNP se dirigen a identificar y comprender los patrones de narcisismo (Davis & Brunell, 2012; Langaro y Benetti, 2014), su correlación con el aprendizaje (Watson, 2012), conductas desadaptativas (Pauletti et al, 2012) y otros. En el ámbito socio sanitario, varios investigadores han examinado el impacto de TNP en la relación psicoterapéutica (Caligor, Levy y Yeomans, 2015, Tanzilli y colegas (2015) encontraron que las personas que tratan a pacientes con TNP eran más propensas a experimentar sentimientos negativos de contratransferencia de desconexión, así como a sentirse criticados o maltratados.

En general, estos estudios destacan:

1. La importancia de que el terapeuta esté familiarizado con los perfiles y la evaluación de los síntomas del trastorno de la personalidad.
2. La importancia de los trastornos de la personalidad para afectar el curso y los resultados del tratamiento médico y psicológico,.
3. El impacto potencial de tratar los trastornos de la personalidad en la función y el bienestar del terapeuta.
4. Posibles direcciones futuras para la investigación sobre cómo mejorar los resultados del tratamiento para las personas con TNP, donde los obstáculos para formar la alianza terapéutica crucial pueden tener un impacto crítico sobre el pronóstico del paciente (Avelino y Lima, 2017; Day Townsend y Grenyer, 2020). No obstante, no se han encontrado investigaciones sobre la intervención del musicoterapeuta específicamente en TNP, pero sí en trastornos de la personalidad. En la revisión de la literatura, tampoco se ha encontrado estudios sobre musicoterapeutas que padezcan este trastorno ni a nivel nacional ni internacional.



VI. MARCO EMPÍRICO

MARCO EMPÍRICO

VI.4.1. Justificación del marco empírico

En la actualidad es común escuchar entre los distintos profesionales sus constantes males relacionados con el ámbito laboral, el cansancio cotidiano o el desgaste por las funciones propias de la profesión (Marsollier, 2021), más aún cuando se trabaja directamente en situaciones estresantes o con un alto nivel de afectividad, como es el caso del musicoterapeuta quien se relaciona con dolor, pacientes terminales (MUSPAL, 2017), víctimas de violencia o abuso (Gasco, 2021).

Son pocos los musicoterapeutas que trabajan en cuidados paliativos o están relacionados con esta área de servicio sanitario en España, al menos, no están registrados en su totalidad (MUSPAL, 2017). En 2016, respondieron a un cuestionario de registro solo 13 musicoterapeutas (12 mujeres y 1 hombre). Entre estos, 10 atienden adultos, 2 a niños y 1 presta atención perinatal, atiende a niños y adultos (MUSPAL, 2017). En otros ámbitos internacionales, algunos trabajan con adultos (Gutgsell et al., 2013) y otros con niños y adolescentes en el período final de la vida (Lindenfelser, Hense y McFerran, 2012).

Entre el equipo multidisciplinar que trabaja en las unidades de cuidados paliativos debería formar parte un musicoterapeuta profesional para utilizar la música como terapia, dado que la atención se presta a pacientes con enfermedades terminales o ya bastante avanzadas. El musicoterapeuta, según Mateos-Hernández (2011), es un profesional de la música y al mismo tiempo de la terapia utilizando la música, entendiendo esta situación como una terapia alternativa que permite la interconexión del paciente y la música a través de diferentes estrategias (dependiendo del caso) para lograr disminuir los síntomas, lograr el bienestar del paciente y que tengan una mejor calidad de vida a pesar de que, en casos de gravedad, no se logre superar la enfermedad. Dentro de las características deseables del perfil del musicoterapeuta estarían la empatía, la responsabilidad, la flexibilidad, el ser innovador, creativo, experimentado y poseer alto grado de humanidad y afectividad; todas ellas ayudarían a entender al paciente y ponerse

en el lugar del paciente en el momento de diseñar y ejecutar la intervención de musicoterapia. Se conoce, además, que el empleo de la musicoterapia brinda diversos beneficios gracias a las multidimensiones de la música.

Bruscia (1991) plantea que la musicoterapia es un proceso terapéutico que facilita el encuentro consigo mismo en una relación entre la música y el paciente para mejorar la salud de acuerdo con la situación de cada individuo. Es importante tomar en cuenta que, pese a que se han encontrado evidencias de las implicaciones y logros de la musicoterapia en los casos de personas con dolor intenso o enfermos terminales entre otros, esta terapia solo afecta a la disminución de los síntomas; de ninguna manera se utiliza como un tratamiento para la cura (Nieto, 2017).

Los sonidos repercuten de tal manera en las personas que puede producir de forma inconsciente cambios en el estado de ánimo, mejora en la postura y reconfortar la parte emocional (Benenzon, 1981).

El hecho que la música pueda intervenir en las emociones permite indiscutiblemente lograr el bienestar físico, psicológico y emocional del individuo, por lo que es una herramienta que durante años se ha utilizado con fines terapéuticos (Benenzon, 2000).

No obstante, la realidad hospitalaria muestra que aún no está clara la diferencia entre usar música o musicoterapia. En países como Estados Unidos ya hay una distinción entre la música en medicina y la musicoterapia. Reconociendo que en la primera los pacientes escuchan música con un enfoque lúdico o estético, mientras que con musicoterapia se lleva un proceso sistematizado, en donde se relaciona el paciente con el musicoterapeuta y entra en juego la evaluación y el tratamiento (Trondalen y Bonde, 2012).

En España, hace falta investigación sobre la actuación del musicoterapeuta en diferentes ámbitos sanitarios y aún más, sobre cómo se siente el musicoterapeuta en el ejercicio de su profesión, qué enfermedades o síndromes pueden

estar desarrollándose y cuya causa sea la mística de trabajo. Entre estas pueden encontrarse la fatiga de la compasión.

La fatiga de la compasión implica riesgo cuando se tiene contacto con pacientes con circunstancias complejas que afectan, de alguna manera, al nivel emocional del profesional; el riesgo es mayor en aquellos profesionales expuestos de forma prolongada, intensa y continua. Esta afectación se evidencia en la imposibilidad de realizar la actividad terapéutica de forma compasiva con los pacientes y consigo mismo (Sawatzky 2012). De los musicoterapeutas registrados, la mayoría trabaja más de 10 horas (5 musicoterapeutas) y es el equipo de cuidados paliativos los que, mediante sesiones clínicas, derivan en el 100% de los casos, los pacientes a los musicoterapeutas. Atender a pacientes con enfermedades avanzadas o terminales, lleva a realizar intervenciones individuales porque necesitan de más intimidad. Sumado al número de horas que dedica los musicoterapeutas para realizar su intervención, hace que estos se encuentren más expuestos al sufrimiento, desarrollen empatía y tengan un riesgo más alto de padecer de FC, que aquellos que se encuentran atendiendo a personas con otro tipo de dolencias y en otros ámbitos.

Los síntomas de la fatiga de la compasión que se pueden evidenciar son ira, estrés, ansiedad, sensación de impotencia, así como dolor de cabeza, pérdida de apetito y pérdida de peso; además en las relaciones sociales se muestran irritables, sarcásticos, prefiriendo alejarse de los demás y estar solos (Lynch y Lobo, 2012). Ante esta situación, el trato y la atención a los pacientes puede verse afectada, al igual que la terapia seleccionada y otros elementos.

Sin embargo, la poca visibilidad y conocimiento a nivel nacional e internacional, sobre el trabajo desde la musicoterapia, se incrementa cuando se trata de indagar sobre la prevalencia de la FC en los musicoterapeutas. Por esta razón, se lleva a cabo esta investigación.

Partiendo de los tres elementos fundamentales de la musicoterapia: el paciente, la música con sus herramientas y el terapeuta como facilitador del proceso de intervención (Gigante (2013) en esta investigación, el centro de interés estará enfocado principalmente en el musicoterapeuta y en cómo el contacto directo con situaciones de frustración en el ámbito puede afectarle y presentar riesgo de padecer fatiga de compasión y/o una conducta narcisista.

VI.4.2. Objetivos e Hipótesis

VI.4.2.1. Objetivo General

Analizar la presencia de la fatiga de la compasión y rasgos de personalidad narcisista en los musicoterapeutas.

VI.4.2.2. Objetivos Específicos

- Medir en los musicoterapeutas los niveles de fatiga de la compasión.
- Medir en los musicoterapeutas los niveles de rasgos narcisistas de personalidad.
- Establecer relación entre la fatiga de compasión y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas.
- Conocer las variables asociadas a los niveles de la fatiga de la compasión.
- Conocer las variables asociadas a los niveles de rasgos narcisistas de la personalidad.
- Conocer las intenciones de los musicoterapeutas de ayudar a mejorar a los pacientes a través de la musicoterapia

VI.4.2.3. Hipótesis

- Los musicoterapeutas tendrán un nivel alto de rasgos narcisistas de personalidad
- Los musicoterapeutas tendrán altos niveles de fatiga de la compasión.
- A mayores rasgos narcisistas de personalidad mayor índice de fatiga de la compasión
- Las variables asociadas influirán en los niveles de la fatiga de la compasión.
- Las variables asociadas influirán en los niveles de rasgos narcisistas de la personalidad.

VI.4.3. Material y método

VI.4.3.1. Tipo de estudio

Es un estudio transversal, descriptivo y analítico, realizado a profesionales musicoterapeutas titulados y en activo en España.

VI.4.3.2. Población y muestra

La población está conformada por Musicoterapeutas titulados con una formación validada por la European Musictheray Confederation (EMTC) y que desarrollan su labor profesional en España. La muestra de conveniencia (es decir, no aleatoria ni probabilística) fue seleccionada, con la colaboración de las asociaciones de musicoterapia FEAMT: ADIMTE, AMA. AEMUCAN, AVMT, AMTRM, ABAMU, APROMTEX, AGAMUT, AEMtP YAEIMTC por correo electrónico y a musicoterapeutas no asociados por correo postal. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la muestra final quedó con un total de N=70 profesionales.

VI.4.3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Para la selección de los profesionales que participaron de la muestra se tomaron en consideración los criterios que se detallan a continuación.

- Criterios de inclusión:

Musicoterapeutas titulados según criterios de la EMTC que:

- Tengan 18 años o más
- Cuenten con más de 1 año de experiencia laboral
- Se encuentren motivados para participar
- Den su consentimiento informado
- Ejercen su labor profesional en el territorio español

- Criterios de exclusión:

- El profesional que en el momento de la recogida de datos se encuentre en situación de baja laboral de cualquier tipo (enfermedad, maternal, etc.)
- El profesional que tenga patologías o trastornos psiquiátricos.
- El profesional que cuente con menos de 1 año de experiencia laboral

VI.4.3.4. Variables

Las variables compiladas para realizar el estudio y posterior análisis se presentan a continuación:

- Variables independientes

Estas variables se obtuvieron a través de una adaptación del cuestionario general de Campos (2015) (Anexo 1), que permitió recopilar las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales. Todas estas variables fueron consideradas como variables independientes en la elaboración de los modelos (análisis multivariantes).

- Variables sociodemográficas:

Cuantitativas:

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.
- Número de hijos conviviendo en el domicilio familiar.

Cualitativas:

- Estado civil.
- Nivel de estudios de Musicoterapia.
- Lugar de trabajo.

- Variables laborales:

- Otras ocupaciones que compagina con la profesión de Musicoterapia.
- Funciones desempeñadas en el centro de trabajo.
- Tipo de contrato o relación laboral.
- Tiempo de antigüedad desarrollando su profesión como musicoterapeuta.
- Tiempo de antigüedad en el puesto actual *.
- Jornada de trabajo como musicoterapeuta.
- Imparte formación referente a la musicoterapia.
- Ámbitos o áreas de trabajo.
- Turno de trabajo.
- Tipología del centro de trabajo.
- Acude a cursos de formación.
- ¿Realiza supervisión?
- Número de pacientes con los que trata de manera semanal.
- Número de pacientes grupales con los que trata de manera semanal.
- ¿Compatibiliza su profesión con otro/s trabajos fuera de la musicoterapia?
- ¿Ha estado de baja laboral en el último año por motivos laborales?
- ¿Comparte profesión (no necesariamente mismo lugar de trabajo) con su pareja?
- ¿Cuándo fue la última vez que solicitó vacaciones en el trabajo?
- En el último año, ¿ha pensado seriamente en abandonar su trabajo?
- En el último año, ¿ha iniciado la búsqueda de otro trabajo?
- ¿Mantiene la misma ilusión por su trabajo que cuando comenzó?
- ¿Frecuentemente toma psicofármacos recetados médicamente?
- A nivel laboral, ¿se siente valorado por los pacientes a los que cuida/trata?
- A nivel laboral, ¿se siente valorado?
- A nivel laboral, ¿se siente valorado por sus compañeros/as de trabajo?

- A nivel laboral, ¿se siente valorado por el director/a de su centro?
- En el último año, ¿ha consultado con algún profesional para tratar alguna dolencia relacionada con su trabajo?
- ¿Suele trabajar con pareja terapéutica?
- ¿Ha sentido la necesidad de derivar y/o abandonar a algún paciente/usuario por el impacto emocional durante el proceso musical terapéutico?
- ¿Sientes el deseo de ayudar al paciente en la mejora de su calidad de vida?
- ¿Se siente identificado con situaciones personales o familiares durante el proceso musical terapéutico?
- ¿Suele compartir momentos de ocio con sus pacientes/usuarios?
- ¿Cuál es el rol desempeñado en la relación musical terapéutica?
- Aporte (positivo o negativo) de la relación entre el paciente y el musicoterapeuta.
- Actitud del musicoterapeuta respecto al paciente.
- Actitud del musicoterapeuta respecto a otros profesionales socio-sanitarios/educativos.
- Formación como musicoterapeuta.
- Establecimiento del vínculo.

Todas estas variables son cualitativas a excepción de las que tienen el *.

- Variables de recursos personales:

- ¿Padece alguna enfermedad crónica?
- En el último mes, ¿ha practicado alguna de las siguientes acciones?
- Práctica de acciones terapéuticas, ¿con qué frecuencia a la semana?
- ¿Realiza alguna actividad de manera consciente para evadirse de su trabajo?
- En caso afirmativo, ¿qué actividad/es?
- ¿Con qué frecuencia a la semana?
- Toma psicofármacos recetados médicamente.

- Asiste a terapia personal de manera regular.
- Tipo de terapia a la que asiste.

Todas estas variables son cualitativas a excepción de las que tienen el *.

- Variables dependientes

Este tipo de variables son las que se asocian con el objeto de estudio en esta investigación:

- Ausencia o presencia de FC obtenida a través del ProQOL así como también las tres dimensiones que la integran:

- SC.
- Síndrome de Burnout.
- ETS.

- Las seis dimensiones que componen el Narcissistic personality inventory (NPI):

- Autoridad.
- Exhibicionismo.
- Superioridad.
- Explotación.
- Pretensión.
- Autosuficiencia.

- Instrumentos de medida

Los instrumentos de medida que se utilizan en este trabajo son la media, mediana, desviación típica y Chi-Cuadrado. De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010) para visualizar la tendencia central de un conjunto de datos se utiliza la media. Este es un promedio y es igual a la suma de todos los valores del conjunto de datos dividida por el número de valores en el conjunto de datos. Se puede utilizar con datos tanto discretos como continuos.

La mediana de una distribución con una variable aleatoria discreta depende de si el número de términos de la distribución es par o impar. Si el número de términos es impar, entonces la mediana es el valor del término en el medio. Este es el valor tal que el número de términos que tienen valores mayores o iguales a él es el mismo que el número de términos que tienen valores menores o iguales. Si el número de términos es par, entonces la mediana es el promedio de los dos términos en el medio, de modo que el número de términos que tienen valores mayores o iguales a él es el mismo que el número de términos que tienen valores menores o iguales.

La desviación estándar es una medida de la cantidad de variación o dispersión de un conjunto de valores. Una desviación estándar baja indica que los valores tienden a estar cerca de la media (también denominada valor esperado) del conjunto, mientras que una desviación estándar alta indica que los valores se distribuyen en un rango más amplio. La desviación estándar de una población o muestra y el error estándar de una estadística (por ejemplo, de la media de la muestra) son bastante diferentes, pero están relacionados.

El chi cuadrado se emplea para probar las relaciones entre variables categóricas, en este caso la FC y el TNP. La hipótesis nula de la prueba de Chi-Cuadrado indica que no existe relación entre las variables en la población, es decir, que estas son independientes.

Mediante estos estadísticos podremos realizar el análisis de los resultados obtenidos y confirmar o negar la hipótesis del estudio y llegar a conclusiones de acuerdo a nuestros objetivos.

VI.4.4. Recogida de datos

La recopilación de los datos se efectuó desde noviembre de 2017 hasta diciembre de 2018, es decir, en 1 año y un mes, el análisis de los mismos se llevó a cabo desde enero de 2019 hasta mayo de 2019 y posteriormente se llevaron a cabo las conclusiones finales. El cronograma del estudio se presenta en el Anexo 2.

La compilación de los datos se llevó a cabo de la siguiente manera:

Primero. Se elaboró un cuadernillo que contenía lo siguiente:

- Carta de presentación del estudio. (Anexo 3).
- Hoja de consentimiento informado para participar en el estudio. (Anexo 4).
- Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos de Campos (2015), el cual fue adaptado con la inclusión de preguntas de acuerdo con el objetivo de esta investigación. (Anexo 1).
- Cuestionario validado (Janvring, Wetsel y Reimels, 2010; Neville y Cole 2013) autoadministrado: Escala sobre la calidad de vida profesional (ProQOL) de Stamm (2010) en su última versión número 5. (Anexo 5).
- Cuestionario validado NARCISSISTIC PERSONALITY INVENTORY (NPI) desarrollado por Raskin y Hall (1979) y validado en su versión española por García y Cortés (1998). (Anexo 6).

Segundo: Nos dirigimos a las diferentes asociaciones de Musicoterapia para solicitar su colaboración en cuanto al envío de los cuestionarios a todos sus socios. Se les hizo entrega de 53 cuadernillos en un sobre, indicándoles que los profesionales tendrían una semana para cumplimentarlos y depositarlos en la asociación. Pasado este tiempo se pasaría a retirarlos. Se recogieron 45 cuadernillos. Otros 18 fueron enviados directamente a los domicilios de los musicoterapeutas, siendo éstos los que debían reenviarlo utilizando la vía postal, sin coste para ellos ya que en el sobre se incluía un sello para el regreso de los mismos junto al

consentimiento informado debidamente firmado, recogándose en este caso 12 cuadernillos. Por otra parte, se contactaron con otros profesionales vía internet y a aquellos que se mostraron interesados se les hizo llegar el cuadernillo vía postal. Se entregaron 14 y se obtuvieron por esta vía 4 cuadernillos. De la misma manera, en Noviembre de 2017 se celebró un congreso de investigación de Musicoterapia en Valencia, allí se instaló un stand y se entregaron 18 cuadernillos. Al acercarse los profesionales, se les explicó el proyecto y aquellos interesados en participar de manera voluntaria, se le entregó un cuadernillo con un sobre. Una vez explicado el procedimiento, el profesional tenía también una semana para rellenar los diferentes instrumentos y firmar el consentimiento informado y posteriormente retornarlo vía postal con el coste de vuelta ya incluido. Se recogieron 9. En total se entregaron 103 cuadernillos que contenían una carta de presentación (anexo 3), el consentimiento informado (Anexo 4) que debían firmar, los tres cuestionarios (Anexos 1, 5 y 6) y copia del acta de la comisión de bioética (Anexo 7). A la vuelta se recibieron 70 cuadernillos completamente llenos.

VI.4.4.1. Escalas de valoración e instrumentos de medida

1. Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales

Este cuestionario fue elaborado por Campos (2015) quién, basándose en una revisión de la literatura, seleccionaron las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales que sugieren una relación probable que permite predecir los niveles de FC, SC y Burnout.

2. Escala sobre la calidad de vida profesional o Professional quality of life scale (ProQOL)

A pesar de que la FC, comparte similitudes con el TEPT en los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV y en el DSM-5, no existen gran cantidad de escalas psicométricas que permitan su evaluación. Además, los pocos instrumentos que existen, en su mayoría, están orientados a poblaciones particulares (Moreno-Jiménez, Garrosa, Morante, Rodríguez y Losada, 2004).

En la actualidad, la escala que ha sido reconocida y más empleada para valorar los efectos del trabajo de los profesionales que cuidan o tratan a personas que han experimentado eventos muy estresantes es la Escala sobre la calidad de vida profesional, abreviada usualmente como PROQOL (Professional Quality of Life Scale) (Stamm, 2010) ya que entre sus componentes se encuentran los dos elementos importantes que definen la FC, los cuales son el Burnout y el ETS.

En el año 2009 esta escala ya contaba con su quinta versión (PROQOL versión 5) y se encuentra validada por diferentes autores, entre ellos Adams, Boscarino, Figley (2006); Adams, Figley y Boscarino (2008); Hooper, Craig, Janvring, Wetsel y Reimels (2010). Por este motivo y dada su capacidad para medir los elementos positivos y negativos del cuidado y su relación (Stamm, 2012; Smart, English, James, Wilson, Daratha, Childers y Magera, 2013), ha sido seleccionada para llevarla a cabo en este estudio.

A finales de 1980 fue desarrollada por Charles Figley (Figley 1995) y denominada como “Test autoadministrado de Fatiga de la compasión”. Posteriormente, en 1988, se unieron Stamm y Figley (Figley 1995) para trabajar en conjunto. De esta manera, en 1993, Stamm (Stamm, 2010) incorporó a la escala el concepto de “satisfacción de la compasión”, originando el cambio de nombre a “Escala de la fatiga y satisfacción de la compasión”, pero había diferentes versiones. Estas versiones, a inicios de los noventa, fueron adjudicadas a Figley y Stamm y más tarde, invertidas a Stamm y Figley (Stamm, 2010).

Estos autores, finalizando 1990, llegaron a un consenso y cambiaron la escala en su totalidad (Stamm, 2010) y a partir de allí, se ha denominado como se conoce en la actualidad, PROQOL, en sus siglas originales en inglés. Esta ha sido traducida a diferentes idiomas, entre ellos, al español.

El uso de esta escala PROQOL, en sus inicios, estaba dirigido al personal de emergencias y terapeutas de trauma, pero hoy en día es empleada a nivel internacional y por profesionales de diferentes áreas (Slocum-Gori, Hemsworth, Chan, Carson y Kazanjian, 2011). También ha sido validada psicométricamente (Adams,

Boscarino, Figley 2006; Adams, Figley y Boscarino, 2008; Hooper, Craig, Janvring, Wetsel y Reimels 2010).

Stamm (2009) señala que, partiendo de esta escala, la calidad de vida profesional ha incorporado elementos positivos (SC) y elementos negativos (ETS). De esta manera, la FC se compone de dos elementos, uno que está referido a los aspectos como el enfado, la depresión, el agotamiento, la frustración, característicos del Síndrome de Burnout y otro que señala al ETS como un sentimiento negativo, caracterizado por el terror y el trauma, que puede ser directo –primario- o indirecto, que surgen por la exposición secundaria en el trabajo a sucesos muy estresantes. De esto se derivan efectos negativos como imágenes intrusivas, dificultades para dormir y evitar el recuerdo de pacientes que están sufriendo experiencias traumáticas emocionales (Stamm, 2010).

La versión 5 de PROQOL (Stamm, 2010) se divide a su vez en tres subescalas, concernientes al concepto de SC y que se obtienen por la suma del puntaje obtenido por cada participante y de FC formado por dos subescalas, la que mide el Burnout y la que mide el ETS. Esta subescala de ETS, en la versión IV, era conocida como escala de la FC. Ahora bien, se procederá a explicar estas subescalas desde un punto de vista estadístico (Acinas, Stamm, 2010, 2009).

1. Satisfacción de la Compasión (SC): tiene que ver con el placer que un profesional siente al realizar bien su trabajo. En esta escala, las puntuaciones altas representan una mayor satisfacción asociada a la capacidad del profesional para ser efectivo. Su valoración se realiza mediante 10 ítems: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 y 30 en la “Escala sobre la calidad de vida profesional (ProQOL)”.

La puntuación media es 50 (DS 10; fiabilidad alfa de la escala, .88). Generalmente, el 25% de las personas presentan puntuaciones superiores a 57 y alrededor del 25% de las personas presentan puntuaciones inferiores a 43 (tabla 4). La obtención de altas puntuaciones en esta subescala significa una mayor satisfacción asociada con la capacidad de ser un profesional de ayuda efectiva.

Tabla 4. Interpretación de las puntuaciones de SC (Stamm, 2010, 2009)

Puntuación obtenida	Equivalencia	Nivel de SC
22 o menos	43 o menos	Baja
Entre 23 y 41	Alrededor de 50	Media
42 o más	57 o más	Alta

2.Síndrome de Burnout: este síndrome es uno de los elementos de la FC. Está referido a los sentimientos de desesperación y las dificultades para enfrentar el trabajo o para realizarlo de manera efectiva. En este sentido, las puntuaciones altas en esta escala indican que el profesional se encuentra en riesgo de sentirse “quemado”.

La valoración se realiza mediante 10 ítems: 1*, 4*, 8, 10, 15*, 17*, 19, 21, 26 Y 29* “Escala sobre la calidad de vida profesional (ProQOL)”. Los ítems marcados con asterisco conllevan “puntuaciones invertidas” (tabla 5). Si en el resultado final se obtienen altas puntuaciones significa que la persona tiene mayores riesgos de padecer del síndrome de Burnout.

Tabla 5. Puntuaciones invertidas para el síndrome de Burnout (Stamm, 2010, 2009)

Puntuación	Sustitución
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

La razón por la cual se invierten estas puntuaciones es porque la medida es mejor cuando las preguntas se formulan de manera positiva, a pesar de que aportan más información en forma negativa.

La puntuación media en esta escala es de 50 (DS =10; fiabilidad alfa de la escala .75). Aproximadamente del 25% de los individuos presentan puntuaciones mayores a 57 y alrededor del 25% de los individuos presentan puntuaciones menores a 43. Cuando ocurre que la puntuación es inferior a 43, probablemente está reflejando que el individuo tiene sentimientos positivos relacionados a su efectividad en el trabajo (tabla 6).

Tabla 6. Interpretación de las puntuaciones del síndrome de Burnout (Stamm, 2010)

Puntuación obtenida	Equivalencia	Nivel de Burnout
22 o menos	43 o menos	Bajo
Entre 23 y 41	Alrededor de 50	Medio
42 o más	57 o más	Alto

3.Fatiga de la compasión/ETS: el ETS es el segundo componente de la FC y está vinculado a la exposición secundaria, en situaciones de trabajo, a experiencias intensas, traumáticas y excesivamente estresantes, dada la relación empática que establece el profesional con la persona enferma. Esta situación es más frecuente en aquellos profesionales que cuidan a personas que están experimentando eventos traumáticamente estresantes.

Se valora mediante 10 ítems: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 y 28. “Escala sobre la calidad de vida profesional (ProEsQOL)”. La puntuación media en esta escala es de 50 (DS 10; fiabilidad alfa de la escala .81). Aproximadamente el 25% de las personas presentan puntuaciones menores a 43 y aproximadamente el 25% de las personas presentan puntuaciones mayores a 57 (tabla 7). Altas puntuaciones representan mayores niveles de fatiga por compasión/estrés traumático secundario.

Tabla 7. Interpretación de las puntuaciones de ETS (Stamm, 2010, 2009)

Puntuación obtenida	Equivalencia	Nivel de ETS
22 o menos	43 o menos	Bajo
Entre 23 y 41	Alrededor de 50	Medio
42 o más	57 o más	Alto

El ProQOL 5 tiene también una interpretación general de los resultados asociados a los cinco niveles siguientes (Stamm, 2009-2010):

- Alta SC, moderado a bajo *Burnout* y ETS.
- Alto *Burnout*, moderada a bajo SC y ETS.
- Alto ETS con bajo *Burnout* y baja SC.
- Alto ETS y alta SC con bajo *Burnout*.
- Alto ETS y alto *Burnout* con baja SC.

La versión original del NPI fue desarrollada por Raskin & Hall (1979) partiendo de la descripción del TNP (Narcissistic Personality Disorder-NPD) del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Tercera Edición (DSM-III; Asociación Americana de Psiquiatría, 1980).

Raskin y Hall (1979) desarrollaron 223 elementos claves para recoger los atributos asociados con TNP. Estos autores consideraron al narcisismo como un rasgo de la personalidad, es por ello que el objetivo primordial de este instrumento es medir el grado en que las personas difieren en narcisismo como un rasgo de la personalidad y no medir el narcisismo como un trastorno de la personalidad (García y Cortés, 1988).

La estructura del conjunto de elementos que conforman el NPI ha sido reformulada por muchos investigadores a medida que iban realizando su validación; así Auerbach (1984) lo redujo a 54 ítems, con un coeficiente del .83 y encon-

trando que el NPI correlacionaba significativamente con la Escala de Narcisismo del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI; acrónimo en inglés). Emmns (1981) también validó la versión 54 ítems afirmando que este poseía validez de constructo e indicando que este instrumento refleja conductas que son observables para cualquier persona, es decir que no necesariamente son científicas. Además, no es un constructo unitario sino que tiene 4 factores importantes: explotación/preensión, liderazgo/autoridad, superioridad/arrogancia y autoabsorción/autoadmiraación. Es importante señalar que el primer factor, explotación/preensión, está asociado con aspectos patológicos del narcisismo. La investigación de Watson, Grisham, Trotter y Biderman (1984) confirmaron que este factor es el que evidencia los aspectos desadaptativos del narcisismo y confirmaron también la clasificación de la personalidad narcisista del DSM-III.

Más tarde, Raskin y Terry (1988) fueron refinando el grupo de elementos hasta llegar a 40 ítems, que son los que se incluye en la versión que se utiliza en la actualidad. Estos autores propusieron siete componentes: (a) Autoridad, (b) Autosuficiencia, (c) Superioridad, (d) Exhibicionismo, (e) Explotación, (f) Vanidad y (g) Derecho. La reducción de ítems no implicó pérdidas en la fiabilidad del instrumento, lo cual fue corroborado por Raskin y Terry (1988). Estos autores, en un segundo estudio con estudiantes de la Universidad de California, confirmaron que este instrumento mide el constructo del narcisismo, cuando, además de aplicar el NPI, sometieron a la muestra a una evaluación de juicios de expertos pertenecientes al equipo de investigadores del Instituto de Evaluación de la Personalidad de la mencionada universidad y los resultados correlacionaron de manera significativa: los sujetos que obtuvieron puntuaciones altas en el NPI eran dominantes, no conformistas, impulsivos, agresivos, satisfechos consigo mismos, extravertidos, exhibicionistas, autoindulgentes y centrados en sí mismos; resultados que fueron semejantes a los de Emmons (1984).

Aunque Raskin y Terry (1988) obtuvieron estos resultados y señalaron unas características que vincularon a los componentes del NPI, consideraron que este instrumento no reflejaba todas las características psicológicas ni dimensio-

nes del comportamiento que son inherentes al narcisismo. Las características que sí representan el nivel narcisista son las siguientes: Autoridad = dominancia, asertividad, liderazgo, criticidad y autoconfianza; Exhibicionismo = impulsos incontrolados, búsqueda de sensaciones, extraversión; Explotación= rebeldía, intolerancia, hostilidad, inconformidad y falta de consideración; Pretensión = hostilidad, intolerancia, ambición, dominancia, necesidad de poder, dureza y falta de autocontrol; Autosuficiencia = autoconfianza, asertividad, independencia y necesidad de logro; Vanidad = creencia de que es físicamente atractivo y por ser atractivo ante los demás; y Superioridad = presencia social, inflación del ego, capacidad para tener estatus y autoconfianza.

El formato de la escala consiste en la utilización de respuestas cuya selección es forzada, de modo que los participantes tengan que seleccionar entre una alternativa narcisista y una alternativa no narcisista para cada elemento, por ejemplo, “a mí realmente me gusta ser el centro de atención “vs.” me siento incómodo al ser el centro de atención “ (Raskin y Hall, 1979, p. 590). La media de la población es de 15.3 puntos y las dimensiones se valoran si puntúan en las siguientes preguntas o ítems del test:

Autoridad: 1,8,10,11,12,32,33 y 36.

Exhibicionismo: 2,3,7,20,28,30 y 38.

Superioridad: 4,9,26, 37 y 40.

Pretensión: 5,14,18,24,25y 27.

Explotación: 6,13,16,23 y 35.

Autosuficiencia: 17,21,22,31,34 y 39.

Vanidad: 15,19 y 29.

El narcisismo del NPI tiene que ver con dos tipos de ideas, la “superioridad” y la “vanidad o el exhibicionismo” (Trechera, Millán y Fernández, 2008). La puntuación global se obtiene de otorgar un punto si han coincidido con la respuesta

“A” en los siguientes ítems 1, 2, 3, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 21, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 33, 34, 36, 37, 38, 39= A y un punto por cada coincidencia con la respuesta “B” en los siguientes ítems 4, 5, 7, 9, 10, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 26, 28, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40= B, se suman las coincidencias y se ubica en la siguiente escala (tabla 8).

Tabla 8. Puntuaciones del NPI

Puntuación obtenida	Rasgo de Personalidad
0-15	Normal
15-20	Medio
20-30	Alto
+30	Muy alto (preocupante)

La obtención de resultados altos o bajos en este instrumento no significa que la persona tenga un desorden o una patología, pues el NPI no mide el narcisismo patológico. De acuerdo a Kubarych, Deary y Austin (2003), el NPI es un instrumento que ha sido validado ampliamente y aplicado en investigaciones empíricas.

Los datos recopilados fueron sometidos a un análisis exploratorio con el fin de detectar posibles datos anómalos o incongruentes. Ya detectados éstos y corregidos, se llevó a cabo el análisis descriptivo de todas las variables, en las que se incluyen los datos sociodemográficos, laborales, de recursos personales y las escalas ProQOL y NPI. Se realizaron los cálculos de las medidas de distribución (frecuencias y porcentajes) en el caso de variables cualitativas y las medidas de centralización (medias -M y medianas -Md-), dispersión (desviación típica -DT-, máximos y mínimos) y posición (percentiles) para variables cuantitativas continuas.

VI.4.5. Consideraciones éticas

Este estudio cuenta con la aprobación por la Comisión de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura (Anexo 9) con fecha de 6 de mayo de 2018 (Nº registro: 215/2019).

Todos los participantes respondieron de manera voluntaria a las preguntas formuladas en el cuadernillo y escalas, firmaron el consentimiento informado y se les garantizó la confidencialidad de los datos.

VI.4.6. Análisis estadístico de los datos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos, mostrando las frecuencias absolutas (n) y relativas (%) en el caso de las variables cualitativas. Las puntuaciones de las dimensiones de la escala de rasgos narcisistas de personalidad (variables cuantitativas) se resumen mediante medidas de centralización (media y mediana) y de dispersión (desviación típica (DT) y rango intercuartílico (RI). Se comprobó la normalidad en la distribución de estas últimas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

La relación entre la fatiga de compasión y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas se analizó en primer lugar, comparando medias o medianas entre grupos. Dichos grupos estuvieron determinados por la fatiga de la compasión, medida en tres subescalas (satisfacción de la compasión, Burnout y estrés traumático secundario) con tres grupos cada una (bajo, medio, alto). Se compararon las media o medianas de las puntuaciones de los distintos rasgos narcisistas de la personalidad, incluyendo la puntuación global, entre esos grupos. En el caso del Burnout, en lugar de 3 grupos fueron 2 ya que ningún sujeto en la muestra presentó un nivel alto de Burnout. En el caso de dimensiones que siguieran una distribución normal, se compararon las medias entre grupos mediante ANOVA (3 grupos) o t-Student para el caso del Burnout (2 grupos), comprobando la igualdad de varianzas por la prueba de Levene. En las dimensiones no normales, se compararon medianas mediante la prueba de Kruskal-Wallis (3 grupos) o de Mann-Whitney en el caso del Burnout (2 grupos). Por otra parte, la puntuación global del NPI fue categorizada en 4 niveles (normal, medio, alto, muy alto (preocupante)) según lo descrito en Raskin y Terry (1988). Se analizó la relación de estos niveles de NPI con los de SC, Burnout y ETS mediante pruebas Chi-cuadrado, con el estadístico Chi-cuadrado de Pearson cuando menos del 20% de los valores esperados en la tabla de contingencia fueran inferiores a 5 y Razón de verosimilitudes en caso contrario. En todos los casos se fijó el nivel de significación en $\alpha=0.05$.

Las variables asociadas a los niveles globales de fatiga de la compasión y los niveles globales de rasgos de personalidad narcisista se analizaron también mediante pruebas Chi-cuadrado, con los estadísticos previamente descritos según las condiciones de la tabla de contingencia.

Los análisis se llevaron a cabo con los paquetes estadísticos IBM SPSS v.24 y StatGraphics XVIII.

VI.4.7. Fuentes bibliográficas

A través de una investigación realizada en diferentes bases de datos se obtuvo la bibliografía para desarrollar el tema objeto de esta investigación. Las palabras claves utilizadas fueron: fatiga de la compasión (compassion fatigue), Burnout (Burnout), estrés profesional (professional stress), satisfacción de la compasión (compassion satisfaction), narcisismo (narcissism), trastornos de la personalidad (personality disorder); y los operadores booleanos manejados fueron “AND” y “OR”. En cuanto a las bases de datos utilizadas para realizar la investigación documental fueron:

- Ovid Online (acceso a AMED, British Nursing Index, Cinahl, Embase, IBSS, Medline, PsycInfo y Journals@Ovid): <https://ovidsp.ovid.com/>
- MeSH Database: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>
- Cochrane Library Plus (Cochrane Library de Wiley): <http://www.update-software.com/clibplus/clibplus.asp>
- SCIELO (Scientific Electronic Library Online): <http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es>
- JBI COnNECT+ (Instituto Joanna Briggs. Red Clínica de Evidencia online sobre Cuidados): <http://es.connect.jbiconnectplus.org/>
- Spanish Cochrane Plus (Biblioteca Cochrane Plus): <http://www.update-software.com/clibplus/clibplus.asp>
- Spanish Doyma (Elsevier Instituciones): http://www.elsevierinstituciones.com/ei/ctl_servlet?_f=1700&rn=8554221
- Countway Library of Medicine (The Francis A. Countway Library of Medicine. Acceso a revistas, libros y bases de datos): <https://www.countway.harvard.edu/index.html>
- Csic.es: 8180/inicioBuscarSimple.html?tabla=docu&bd=IME&estado_formulario=show
- Bibliotec@ Digital: colección de libros y documentación digital.

- FECYT Web of Knowledge (acceso a ISI Web of Knowledge a través de la organización española FECYT): <https://www.accesowok.fecyt.es/>
- Dialnet (Universidad de la Rioja): <http://dialnet.unirioja.es/>
- CINAHL (Base de datos de enfermería de EBSCOhost): http://search.ebscohost.com/Login.aspx?profile=ehost&defaultdb=cin20&lp=login.asp&ref=http%3A%2F%2Fbiblioteca%2Eugr%2Ees%2Fpages%2Fbiblioteca_elect_ronica%2Fbases_datos%2Fcinahl&authtype=ip,uid
- Índice Médico Español (Base de datos bibliográfica del CSIC): <https://bddoc.>



VII. RESULTADOS

RESULTADOS

El primer nivel de análisis de los resultados permite efectuar una descripción general de cada uno de los ítems de los tres cuestionarios, los cuales son presentados en el siguiente orden: El cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales de Campos (2015), adaptado con preguntas para determinar si existe o no, niveles de fatiga de compasión y comportamientos que pudieran indicar rasgos narcisistas en los profesionales de la muestra; seguidamente se presentan los resultados de ProQOL, estableciendo relaciones entre las variables FC y las variables socio-demográficas, laborales y recursos personales y finalmente, los del NPI relacionados con las ya mencionadas variables. Posteriormente, se presenta las correlaciones para establecer una relación entre fatiga de la compasión y los rasgos narcisistas.

VII.5.1. Caracterización de la muestra

Formaron parte de la muestra un total de 70 profesionales. En los siguientes apartados se describen sus principales características.

VII.5.1.1. Datos sociodemográficos

La mayor parte de la muestra estuvo formada por mujeres (82.9%) y la franja de edad mayoritaria fue entre 30 y 49 años (67.2%). Un 78.6% había estudiado un Máster Universitario en Musicoterapia de 60 créditos ECTS. La mayoría de los participantes se encontraba con pareja estable (50%), aunque un 22.9% estaba sin pareja. Los profesionales de la muestra procedían de diferentes Comunidades Autónomas, siendo las predominantes Extremadura (18.6%), Madrid (15.7%) y Valencia (11.4%). La mayor parte de ellos (67.1%) no tenía hijos (Tabla 9).

Tabla 9: Datos sociodemográficos

Variable	Categoría	Nº	%
Sexo	Hombre	12	17.1
	Mujer	58	82.9
Grupo de edad	20-29	13	18.6
	30-39	24	34.3
	40-49	23	32.9
	50-59	9	12.9
	60 o más	1	1.4
Nivel de estudios	Máster Universitario en Musicoterapia (60ECTS)	55	78.6
	Licenciatura en Musicoterapia (Extranjera)	3	4.3
	Otro	12	17.1
Estado civil	Sin pareja	16	22.9
	Con pareja estable	35	50
	Sin pareja estable	1	1.4
	Casado/a - Pareja de hecho	17	24.3
	Viudo/a sin pareja (desde hace menos de 2 años)	1	1.4
Comunidad Autónoma de trabajo	Andalucía	7	10
	Aragón	6	8.6
	Asturias	4	5.7
	Castilla La Mancha	2	2.9
	Castilla y León	3	4.3
	Ceuta	1	1.4
	Extremadura	13	18.6
	Galicia	2	2.9
	Islas Baleares	6	8.6
	Islas Canarias	4	5.7
	La Rioja	1	1.4
	Madrid	11	15.7
	Murcia	1	1.4
	País Vasco	1	1.4
	Valencia	8	11.4
Número de hijos conviviendo en el domicilio	Ninguno	47	67.1
	Uno	15	21.4
	Dos	8	11.4

VII.5.1.2. Datos laborales

Ámbitos o áreas de trabajo

Los musicoterapeutas procedían de diferentes ámbitos de trabajo, siendo el más frecuente el educativo (51.4%) y el de la discapacidad (50%). Cabe destacar también el porcentaje de profesionales del ámbito de geriatría o de la neurorehabilitación (22.9% en ambos casos). Es necesario tener en cuenta que cada profesional podía proceder de más de un ámbito diferente (Tabla 10).

Tabla 10: Ámbito de trabajo

Ambito de trabajo	Categoría	Nº	%
Prenatal	No	63	90
	Sí	7	10
UCI pediátrica prematuros	No	65	92.9
	Sí	5	7.1
Estimulación temprana	No	57	81.4
	Sí	13	18.6
Atención temprana	No	57	81.4
	Sí	13	18.6
Discapacidad	No	35	50
	Sí	35	50
Educativo	No	34	48.6
	Sí	36	51.4
Salud mental	No	58	82.9
	Sí	12	17.1
Hospitalario	No	59	84.3
	Sí	11	15.7
Social comunitario	No	66	94.3
	Sí	4	5.7
Geriatría	No	54	77.1
	Sí	16	22.9
Neurorehabilitación	No	54	77.1
	Sí	16	22.9
Fibromialgia / dolor crónico	No	67	95.7
	Sí	3	4.3
Cuidados paliativos	No	64	91.4
	Sí	6	8.6

Características laborales

En cuanto a las características laborales, la gran mayoría de los musicoterapeutas eran autónomos (42.9%), sólo un 35.8% tenían contratos fijos o indefinidos y el 61.4% estaban dentro del ámbito privado. Se observó cierta variabilidad en el número de horas semanales de dedicación a la musicoterapia, lo que parece indicar que no se trata de la dedicación principal en muchos de los casos. No en vano, más del 80% afirmó compatibilizar la musicoterapia con otro trabajo de manera habitual u ocasional. Más de la mitad (58.6%) no realizaba supervisión, el 54.3% impartía formación, el 14.3% había estado en paro en los dos últimos años y un 44.3% trabaja en pareja terapéutica habitual u ocasionalmente. Finalmente, la mayoría de los profesionales trataban de manera individual a menos de 5 pacientes (68.6%) y de forma grupal a menos de 10 (55.7%) (Tabla 11).

Tabla 11: Características laborales

Variable	Categoría	Nº	%
Tipo de contrato	Fijo	9	12.9
	Indefinido	16	22.9
	Eventual	6	8.6
	De prácticas	3	4.3
	Por obra y servicio	6	8.6
	Autónomo/a	30	42.9
Tipología de centro de trabajo	Público	24	34.3
	Privado	43	61.4
	ONG	3	4.3
Jornada de trabajo	Menos de 5 horas a la semana	21	30
	Entre 5 horas y 10 horas a la semana	15	21.4
	Entre 10 horas y 20 horas a la semana	15	21.4
	Entre 20 horas y 40 horas a la semana	14	20
	Más de 40 horas a la semana	5	7.1
Compatibiliza la musicoterapia con otro trabajo	Sí, de manera habitual	40	57.1
	Sí, ocasionalmente	17	24.3
	No	13	18.6

Realizas supervisión	Sí	16	22.9
	Sí, 1 vez al mes	7	10
	Sí, 2 veces al mes	2	2.9
	Sí, 3 o más veces al mes	4	5.7
	No	41	58.6
Impartes formación	Sí	38	54.3
	No	32	45.7
Paro en los últimos 2 años	Sí	10	14.3
	No	60	85.7
Suele trabajar en pareja terapéutica	Sí	13	18.6
	No	39	55.7
	A veces	18	25.7
Número de pacientes que trata individualmente	0-5	48	68.6
	6-10	16	22.9
	Más de 10	6	8.6
Número de pacientes que trata grupalmente	0-10	39	55.7
	11-20	13	18.6
	Más de 20	18	25.7

Experiencias del profesional

Ahondando en las experiencias y opiniones de los profesionales, se observó que casi la cuarta parte de los musicoterapeutas habían tenido la intención de abandonar el puesto y en el 31.4% de los casos había disminuido la ilusión por su trabajo. Casi el 23% había sentido la necesidad de derivar o abandonar al paciente. Los musicoterapeutas desempeñan en muchas ocasiones el papel de cuidador (31.4%) o de padre o madre (21.4%), aunque un 34.3% no se vio reflejado en ninguno de los roles mencionados en la encuesta y la mayoría (41.4%) consideran que pacientes y profesionales se aportan mutuamente. Tres cuartas partes se sienten en igualdad con los pacientes, pero un 21.4% se siente en inferioridad con respecto a otros profesionales. Es destacable que el 87.1% afirma haber tenido las mismas emociones que el paciente, con un 58.6% que reviven en casa las situaciones de los pacientes. Además, 8 de los profesionales afirmaron haberse sentido atraídos/as alguna vez por algún paciente (Tabla 12).

Tabla 12: Experiencia y opinión del profesional

Variable	Categoría	Nº	%
Intención de abandono del puesto	Sí	17	24.3
	No	53	75.7
Mantenimiento de la ilusión por el puesto	Sí	33	47.1
	No, ha aumentado	15	21.4
	No, ha disminuido	22	31.4
Toma psicofármacos recetados médicamente	Sí	9	13
	No	60	87
Ha sentido la necesidad de derivar o abandonar paciente	Sí	16	22.9
	No	54	77.1
Se siente identificado con situaciones personales	Sí	47	67.1
	No	23	32.9
Comparte momentos de ocio con pacientes	Sí	7	10.0
	No	44	62.9
	A veces	19	27.1
Como musicoterapeuta desempeña papel de...	Cuidador	22	31.4
	Padre/Madre	15	21.4
	Hermano	2	2.9
	Amigo	6	8.6
	Paciente	1	1.4
	Otro	24	34.3
Considera que	Los pacientes me aportan	19	27.1
	Yo les apporto a ellos	22	31.4
	Me aportan lo mismo que yo	29	41.4
Con respecto a los pacientes se siente	Superioridad	18	25.7
	Inferioridad	0	0
	Igualdad	52	74.3
Con respecto a otros profesionales se siente	Superioridad	8	11.4
	Inferioridad	15	21.4
	Igualdad	47	67.1
Ha tenido las mismas emociones que el paciente	Sí	61	87.1
	No	9	12.9
Se ha sentido atraído por algún paciente	Sí	8	11.4
	No	62	88.6
Revive en casa sensaciones de los pacientes	Sí	41	58.6
	No	29	41.4

Grado de valoración que siente el profesional

El grado de valoración que siente el profesional es en general muy alto. Todos se sienten valorados por los pacientes y por los familiares y sólo 3 de ellos afirmaron no sentirse valorados por sus compañeros. Por otra parte, el 17.4% no se sintió valorado por la dirección del centro (Tabla 13).

Tabla 13: Grado de valoración que siente el/la profesional

Se siente valorado por	Categoría	Nº	%
Los pacientes	Sí	70	100
	No	0	0
Los familiares	Sí	70	100
	No	0	0
Los compañeros	Sí	67	95.7
	No	3	4.3
El/la directora/a del centro (N=69)	Sí	57	82.6
	No	12	17.4

VII.5.2. Prevalencia, niveles y puntuaciones medias de las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL)

La fatiga de la compasión, evaluada mediante sus tres subescalas, arrojó los siguientes resultados: el 58.6% mostró una alta satisfacción de la compasión, pero un 8.6% la tuvo baja. Aunque ninguno de los musicoterapeutas presentó un alto nivel de Burnout, más de la mitad de los mismos (52.9%) presentó un nivel medio. El estrés traumático secundario fue medio en el 25.7% de los casos y alto en el 7.1%. Es, sin embargo, la dimensión menos presente, con un nivel bajo en el 67.1% de los casos (Tabla 14).

Tabla 14: Fatiga de la compasión

Variable	Categoría	Nº	%
Satisfacción de la compasión	Baja	6	8.6
	Media	23	32.9
	Alta	41	58.6
Burnout	Baja	33	47.1
	Media	37	52.9
	Alta	0	0
Estrés traumático secundario	Baja	47	67.1
	Media	18	25.7
	Alta	5	7.1

VII.5.3. Prevalencia, niveles y puntuaciones medias del Narcissistic Personality Inventory (NPI) y sus dimensiones

El rasgo narcisista de personalidad más destacable en nuestra muestra de musicoterapeutas fue la autoridad, con una media de 5.8 y mediana en 6, seguido del exhibicionismo (media=4.2 y mediana=4.5), aunque se observó mayor desviación en la distribución de este último. La superioridad también fue destacable, con media y mediana en 4 y escasa dispersión de los datos. Por el contrario, los rasgos menos reportados fueron la explotación, la vanidad y la pretensión. Globalmente, se observó que el 38.6% presentó alto nivel de rasgos de personalidad narcisista y 25.7% muy altos niveles (preocupante) (Tabla 15).

Tabla 15: Rasgos narcisistas de personalidad

Dimensión	Categoría	N°	
I Autoridad	Media (DT) Mediana (RI)	5.8 (1.9) 6 (3)	
II Exhibicionismo	Media (DT) Mediana (RI)	4.2 (2.1) 4.5 (4)	
III Superioridad	Media (DT) Mediana (RI)	4 (1.2) 4 (1)	
IV Pretensión	Media (DT) Mediana (RI)	2.4 (1.6) 2 (2)	
V Explotación	Media (DT) Mediana (RI)	2 (1.5) 2 (2)	
VI Autosuficiencia	Media (DT) Mediana (RI)	3.7 (1.7) 4 (3)	
VII Vanidad	Media (DT) Mediana (RI)	2 (1.1) 2 (2)	
Global	Media (DT) Mediana (RI)	24.1 (8.6) 25 (13)	
Rasgos de personalidad narcisista	Categoría	n	%
	Normal	15	21.4
	Medio	10	14.3
	Alto	27	38.6

Los resultados del NIP indican que un 66,4 % de los profesionales tienen rasgos de personalidad narcisistas y entre ellos, el 25.7% se encuentran en una situación preocupante.

VII.5.4. Pruebas de normalidad de las dimensiones de la escala de rasgos narcisistas de personalidad

Los resultados de las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov pueden verse en la tabla 16. Podemos asumir que las subescalas con distribución normal son el exhibicionismo, la pretensión y la explotación, así como la puntuación global. (Tabla16).

Tabla 16: Pruebas de normalidad de las dimensiones de la escala de rasgos narcisistas de personalidad

Dimensión	Z de Kolmogorov-Smirnov	p	Normal
II Autoridad	1.665	0.008	No
II Exhibicionismo	1.207	0.109	Sí
III Superioridad	2.151	<0.001	No
IV Pretensión	1.318	0.062	Sí
V Explotación	1.170	0.129	Sí
VI Autosuficiencia	1.406	0.038	No
VII Vanidad	2.434	<0.001	No
Global	0.730	0.662	Sí

VII.5.5. Relación entre la fatiga de compasión y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas

La relación entre la fatiga de la compasión y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas se desgrana en las tres escalas siguientes.

VII.5.6. Relación entre la satisfacción de la compasión y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de los rasgos narcisistas de la personalidad entre los tres niveles de satisfacción de la compasión. No obstante, se debe tener en cuenta que el grupo de nivel bajo estuvo formado exclusivamente por 6 profesionales. Aun así, se observaron indicios de que el rasgo de “autoridad” podría ser mayor en el grupo de baja satisfacción de la compasión que en el resto (Tabla 17).

Tabla 17. Relación entre la satisfacción de la compasión y los rasgos narcisistas de la personalidad

Dimensión	Satisfacción de la compasión												p
	Baja				Media				Alta				
	M	D	M	R	M	D	M	R	M	D	M	R	
		T	D	I		T	D	I		T	D	I	
I Autoridad	7.2	1.6	8	1	5.5	2	6	3	5.7	1.9	6	2	0.092 b
II Exhibicionismo	5.7	2.3	6.5	1	4	1.9	4	3	4.1	2.1	4	4	0.210 a
III Superioridad	4.5	0.5	4.5	1	3.7	1.4	4	2	4.1	1.2	4	1	0.453 b
IV Pretensión	3.7	1.2	3.5	2	2.3	1.7	2	3	2.3	1.5	2	2	0.118 a
V Explotación	2.2	1.7	2	2	1.6	1.5	1	3	2.1	1.5	2	2	0.396 a
VI Autosuficiencia	4.3	1.5	5	2	3.9	1.8	4	4	3.5	1.7	3	3	0.498 b
VII Vanidad	2.5	1.2	3	0	2.2	1	2	1	1.9	1.2	2	2	0.287 b
Global	30	8	32	5	23.3	9.2	25	13	23.7	8.3	24	12	0.212 a
NPI categorizada	N		%		n		%		n		%		p
Normal	1		16.7		5		21.7		9		22		
Medio	0		0		3		13		7		17.1		
Alto	1		16.7		10		43.5		16		39		
Muy alto (preocupante	4		66.7		5		21.7		9		22		
M: Media; Md: mediana; DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico ^a ANOVA.													
^e Razón de verosimilitudes													

No se observó relación entre la satisfacción de la compasión y los rasgos de personalidad narcisista.

VII.5.7. Relación entre el Burnout y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas

Tampoco se encontraron diferencias significativas en las dimensiones de los rasgos narcisistas de la personalidad entre los niveles de Burnout (bajo y medio), siendo bastante similares en todos los casos (Tabla 18).

Tabla 18: Relación entre el Burnout y los rasgos narcisistas de la personalidad

Dimensión	Burnout								p
	Baja				Media				
	M	DT	Md	RI	M	DT	Md	RI	
I Autoridad	5.7	1.9	6	3	5.8	2	7	4	0.684b
II Exhibicionismo	4.1	2	4	4	4.4	2.2	5	3	0.529a
III Superioridad	4.2	1	4	1	3.8	1.4	4	2	0.417b
IV Pretensión	2.3	1.7	2	2	2.5	1.5	2	2	0.740a
V Explotación	1.9	1.3	2	2	2	1.6	2	2	0.801a
VI Autosuficiencia	3.9	1.6	4	2	3.6	1.9	4	3	0.559b
VII Vanidad	1.9	1.1	2	2	2.2	1.1	3	2	0.127b
Global	23.9	7.8	25	11	24.2	9.5	26	17	0.883a
NPI categorizada	N		%		n		%		p
Normal	5		15.2		10		27		0.145 ^f
Medio	7		21.2		3		8.1		
Alto	15		45.5		12		32.4		
Muy alto (preocupante)	6		18.2		12		32.4		
M: Mediana; Md: Mediana; DT: Desviación típica; Rango intercuartílico. ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene. ^d U de Mann-Whitney. ^f Chi-cuadrado de Pearson.									

No se observó relación entre el Burnout y los rasgos de personalidad narcisista.

VII.5.8. Relación entre el estrés traumático secundario y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas

Se observó que el rasgo narcisista de autoridad fue mayor conforme aumentaba el nivel de estrés traumático secundario, de tal forma que en nivel bajo se observó una mediana igual a 6, en nivel medio igual a 7 y en nivel alto igual a 8. Una situación similar se observó en las medias de la “pretensión”, que fue de 2.1 en el nivel bajo de estrés traumático secundario, 2.8 en nivel medio y 3.8 en nivel alto. De manera global, se observó en general una tendencia a presentar más nivel de ETS en las personas con mayores niveles de rasgos de personalidad narcisista. Así, las personas con alto nivel rasgo de personalidad narcisista presentaron también niveles medios de ETS y aquellas con muy alto nivel de NPI presentaron con más frecuencia niveles altos de ETS. (Tabla 19).

Tabla 19: Relación entre el ETS y los rasgos narcisistas de la personalidad

Dimensión	Satisfacción de la compasión												p
	Baja				Media				Alta				
	M	D	M	R	M	D	M	R	M	D	M	R	
		T	D	I		T	D	I		T	D	I	
I Autoridad	5.4	2	6	3	6.2	1.6	7	2	7.2	1.8	8	0	0.092 b
II Exhibicionismo	4	2.1	4	4	4.4	1.8	5	2	5.4	2.5	6	1	0.210 a
III Superioridad	3.8	1.2	4	2	4.3	1.9	5	1	4.6	0.5	5	1	0.453 b
IV Pretensión	2.1	1.5	2	2	2.8	1.6	3	2	3.8	1.3	4	2	0.118 a
V Explotación	1.9	1.5	2	2	2.1	1.5	2	2	2	1.9	2	1	0.396 a
VI Autosuficiencia	3.5	1.7	4	3	4.2	1.7	4.5	3	4.8	1.1	5	0	0.498 b
VII Vanidad	2	1.1	2	2	2.1	1.1	2.5	1	2.4	1.3	3	0	0.287 b
Global	22.7	8.6	22	13	26.1	7.9	28	8	30.2	8.9	33	3	0.212 a
NPI categorizada	N		%		N		%		N		%		p
Normal	11		23.4		3		16.7		1		20		0.049
Medio	9		19.1		1		5.6		0		0		
Alto	18		38.3		9		50		0		0		
Muy alto (preocupante)	9		19.1		5		27.8		4		80		
M: media; Md: mediana; DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico. ªANOVA. ªK de Kruskal-Wallis. ªRazón de verosimilitudes.													

VII.5.9. Relación entre la fatiga de la compasión (global) y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas

Al considerar ambas escalas de manera global en su clasificación por grupos, no se observó relación significativa entre ellas (Tabla 20).

Tabla 20: Relación entre FC (global) y los rasgos narcisistas de la personalidad en los musicoterapeutas

NPI categorizada	Fatiga de la compasión								p
	Muy baja		Baja		Media		Muy alta		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Normal	9	22	5	25	0	0	1	20	0.132e
Medio	7	17.1	3	15	0	0	0	0	
Alto	16	39	8	40	3	75	0	0	
Muy alto (preocupante)	9	22	4	20	1	25	4	80	
°Razón de verosimilitudes									

VII.5.10. Variables asociadas a los niveles de fatiga de la compasión

Tres fueron las variables que resultaron estar significativamente asociadas a los niveles de fatiga de la compasión: la comunidad autónoma de trabajo, haber sentido la necesidad de derivar o abandonar Al paciente y revivir en casa sensaciones de los pacientes. En concreto, las personas con mayores niveles de fatiga de la compasión habían sentido con mayor frecuencia la necesidad de derivar o abandonar al paciente, revivían en casa las sensaciones de los pacientes y procedían principalmente de Extremadura, Asturias y Murcia, seguidas de Aragón y Canarias (Tabla 21).

Tabla 21: Variables asociadas a los niveles de fatiga de la compasión

Variable	Categoría / Unidad	Fatiga de la compasión								p
		Muy baja		Baja		Media		Muy alta		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo	Hombre	6	14.6	5	25	0	0	1	20	0.474 ^e
	Mujer	35	85.4	15	75	4	100	4	80	
Grupo de edad	20-29	7	17.1	5	25	0	0	1	20	0.632 ^e
	30-39	15	36.6	6	30	2	50	1	20	
	40-49	12	29.3	7	35	1	25	3	60	
	50-59	7	17.1	1	5	1	25	0	0	
	60 o más	0	0	1	5	0	0	0	0	
Nivel de estudios	Máster Univ. en Musicoterapia (60ECTS)	31	75.6	16	80	3	75	5	100	0.786 ^e
	Lic. en Musicoterapia (Extranjera)	2	4.9	1	5	0	0	0	0	
	Otro	8	19.5	3	15	1	25	0	0	
Comunidad Autónoma de trabajo	Andalucía	5	12.2	2	10	0	0	0	0	0.049 ^e
	Aragón	4	9.8	0	0	2	50	0	0	
	Asturias	3	7.3	0	0	0	0	1	20	
	Castilla La Mancha	2	4.9	0	0	0	0	0	0	
	Castilla y León	2	4.9	1	5	0	0	0	0	
	Ceuta	0	0	1	5	0	0	0	0	
	Extremadura	6	14.6	4	20	0	0	3	60	
	Galicia	1	2.4	1	5	0	0	0	0	
	Islas Baleares	4	9.8	2	10	0	0	0	0	

Variable	Categoría / Unidad	Fatiga de la compasión								p
		Muy baja		Baja		Media		Muy alta		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Comunidad Autónoma de trabajo	Islas Canarias	6	0	2	10	2	50	0	0	
	La Rioja	35	0	1	5	0	0	0	0	
	Madrid	7	24.4	1	5	0	0	0	0	
	Murcia	15	0	0	0	0	0	1	20	
	País Vasco	12	2.4	0	0	0	0	0	0	
	Valencia	7	7.3	5	25	0	0	0	0	
Estado civil	Sin pareja	9	22	4	20	3	75	0	0	0.415 ^e
	Con pareja estable	20	48.8	10	50	1	25	4	80	
	Sin pareja estable	1	2.4	0	0	0	0	0	0	
	Casado/a - Pareja de hecho	11	26.8	5	25	0	0	1	20	
	Viudo/a sin pareja (desde hace <2 años)	0	0	1	5	0	0	0	0	
Número de hijos conviviendo en el domicilio	Ninguno	25	61	15	75	4	100	3	60	0.289 ^e
	Uno	9	22	4	20	0	0	2	40	
	Dos	7	17.1	1	5	0	0	0	0	
Ha sentido la necesidad de derivar o abandonar paciente	Sí	7	17.1	4	20	1	25	4	80	0.041 ^e
	No	34	82.9	16	80	3	75	1	20	
Número de pacientes que trata individualmente	0-5	24	58.5	17	85	4	100	3	60	0.113 ^e
	6-10	12	29.3	3	15	0	0	1	20	
	Más de 10	5	12.2	0	0	0	0	1	20	
Número de pacientes que trata grupalmente	0-10	23	56.1	11	55	3	75	2	40	0.515 ^e
	11-20	8	19.5	2	10	1	25	2	40	
	Más de 20	10	24.4	7	35	0	0	1	20	
Ámbito laboral: Prenatal	No	36	87.8	18	90	4	100	5	100	0.551 ^e
	Sí	5	12.2	2	10	0	0	0	0	
Número de pacientes que trata grupalmente	Sí	38	92.7	19	95	4	100	4	80	0.656 ^e
	No	9	7.3	1	5	0	0	1	20	
Ámbito laboral: Estimulación temprana	Sí	31	75.6	17	85	4	100	5	100	0.193 ^e
	No	10	24.4	3	15	0	0	0	0	

Variable	Categoría / Unidad	Fatiga de la compasión								p
		Muy baja		Baja		Media		Muy alta		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Ámbito laboral: Atención temprana	Sí	32	78	17	85	4		4	80	0.547 ^e
	No	9	22	3	15	0	100	1	20	
Ámbito laboral: Discapacidad	Sí	18	43.9	10	50	3	0	4	80	0.310 ^e
	No	23	56.1	10	50	1	75	1	20	
Ámbito laboral: Educativo	Sí	23	56.1	9	45	1	25	1	20	0.292 ^e
	No	18	43.9	11	55	3	25	4	80	
Ámbito laboral: Salud mental	Sí	35	85.4	16	80	4	75	3	60	0.354 ^e
	No	6	14.6	4	20	0	100	2	40	
Ámbito laboral: Hospitalario	Sí	35	85.4	17	85	3	0	4	80	0.953 ^e
	No	6	14.6	3	15	1	75	1	20	
Ámbito laboral: Social comunitario	Sí	39	95.1	18	90	4	25	5	100	0.642 ^e
	No	2	4.9	2	10	0	100	0	0	
Ámbito laboral: Geriatría	Sí	31	75.6	15	75	3	0	5	100	0.439 ^e
	No	10	24.4	5	25	1	75	0	0	
Ámbito laboral: Neurorehabilitación	Sí	30	73.2	16	80	4	25	4	80	0.467 ^e
	No	11	26.8	4	20	0	100	1	20	
Ámbito laboral: Fibromialgia / dolor crónico	Sí	39	95.1	20	100	3	0	5	100	0.232 ^e
	No	2	4.9	0	0	1	75	0	0	
Ámbito laboral: Cuidados paliativos	Sí	38	92.7	17	85	4	25	5	100	0.461 ^e
	No	3	7.3	3	15	0	100	0	0	
Se siente valorado/a por: Los compañeros	Sí	39	95.1	9	95	4	0	5	100	0.839 ^e
	No	2	4.9	1	5	0	100	0	0	
Se siente valorado/a por: El/la directora/a del centro	Sí	33	82.5	16	80	4	0	4	80	0.650 ^e
	No	7	17.5	4	20	0	100	1	20	
Imparte formación	Sí	25	61	10	50	1	0	2	40	0.436 ^e
	No	16	39	10	50	3	25	3	60	
Siente deseo de ayudar	Sí	40	97.6	19	95	4	75	5	100	0.845 ^e
	No	1	2.4	1	5	0	100	0	0	
Como musicoterapeuta desempeña papel de...	Cuidador	12	29.3	7	35	1	0	2	40	0.255 ^e
	Padre/Madre	6	14.6	4	20	2	25	3	60	
	Hermano	1	2.4	1	5	0	50	0	0	
	Amigo	3	7.3	2	10	1	0	0	0	
	Paciente	0	0	1	5	0	25	0	0	
	Otro	19	46.3	5	25	0	0	0	0	

Variable	Categoría / Unidad	Fatiga de la compasión								p
		Muy baja		Baja		Media		Muy alta		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Realiza supervisión	Sí	4	26.7	3	30	5	18.5	4	22.2	0.382 ^e
	Sí, 1 vez al mes	2	13.3	2	20	1	3.7	2	11.1	
	Sí, 2 veces al mes	0	0	1	10	1	3.7	0	0	
	Sí, 3 o más veces al mes	1	6.7	1	10	0	0	2	11.1	
	No	8	53.3	3	30	20	74.1	10	55.6	
Revive en casa sensaciones de los pacientes	Sí	9	60	9	90	12	44.4	11	61.1	0.096 ^f
	No	6	40	1	10	15	55.6	7	38.9	
Con respecto a los pacientes se siente	Superioridad	1	6.7	3	30	7	25.9	7	38.9	0.152 ^e
	Igualdad	14	93.3	7	70	20	74.1	11	61.1	
Se ha sentido atraído por algún paciente	Sí	2	13.3	1	10	2	7.4	3	16.7	0.803 ^e
	No	13	86.7	9	90	25	92.6	15	83.3	
Tipología de centro de trabajo	Público	2	13.3	2	20	12	44.4	8	44.4	0.091 ^e
	Privado	11	73.3	8	80	15	55.6	9	50	
	ONG	2	13.3	0	0	0	0	1	5.6	
Toma psicofármacos recetados medicamente	Sí	1	6.7	1	10	4	14.8	3	17.6	0.780 ^e
	No	14	93.3	9	90	23	85.2	14	82.4	
°Razón de verosimilitudes.										
fChi-cuadrado de Pearson.										

VII.5.11. Variables asociadas a los niveles de rasgos de personalidad narcisista

Entre las variables potencialmente asociadas a los niveles de rasgos de personalidad narcisista, la única que se asoció significativamente fue el nivel de estudios. En concreto, los profesionales con niveles muy altos, tenían mayoritariamente título de Máster Universitario en Musicoterapia (Tabla 22).

Tabla 22: Variables asociadas a los niveles de rasgos de personalidad narcisista

Variable	Categoría / Unidad	Fatiga de la compasión								p
		Normal		Medio		Alto		Muy alto		
Sexo	Hombre	3	20	0	0	4	14.8	5	27.8	0.474 ^e
	Mujer	12	80	10	100	23	85.2	13	72.2	
Grupo de edad	20-29	3	20	2	20	5	18.5	3	16.7	0.632 ^e
	30-39	6	40	4	40	10	37	4	22.2	
	40-49	4	26.7	2	20	7	25.9	10	55.6	
	50-59	2	13.3	1	10	5	18.5	1	5.6	
	60 o más	0	0	1	10	0	0	0	0	
Nivel de estudios	Máster Univ. en Musicoterapia (60ECTS)	13	86.7	6	60	19	70.4	17	94.4	0.786 ^e
	Lic. en Musicoterapia (Extranjera)	1	6.7	0	0	1	3.7	1	5.6	
	Otro	1	6.7	4	40	7	25.9	0	0	
Estado civil	Sin pareja	2	13.3	2	20	8	29.6	4	22.2	0.049 ^e
	Con pareja estable	8	53.3	4	40	13	48.1	10	55.6	
	Sin pareja estable	0	0	0	0	1	3.7	0	0	
	Casado/a - Pareja de hecho	5	33.3	3	30	5	18.5	4	22.2	
	Viudo/a sin pareja (desde hace <2 años)	0	0	1	10	0	0	0	0	
Imparte formación	Sí	6	40	8	80	15	55.6	9	50	0.256 ^f
	No	9	60	2	20	12	44.4	9	50	
Siente deseo de ayudar	Sí	15	100	10	100	25	92.6	18	100	0.272 ^e
	No	0	0	0	0	2	7.4	0	0	

Variable	Categoría / Unidad	Fatiga de la compasión								p
Como musicoterapeuta desempeña papel de...		Normal		Medio		Alto		Muy alto		
	Cuidador	4	3	26.7	30	9	33.3	6	33.3	0.537 ^e
	Padre/Madre	3	3	20	30	4	14.8	5	27.8	
	Hermano	1	1	6.7	10	0	0	0	0	
	Amigo	0	0	0	0	4	14.8	2	11.1	
	Paciente	0	0	0	0	1	3.7	0	0	
	Otro	7	3	46.7	30	9	33.3	5	27.8	
Realiza supervisión	Sí	4	3	26.7	30	5	18.5	4	22.2	0.382 ^e
	Sí, 1 vez al mes	2	2	13.3	20	1	3.7	2	11.1	
	Sí, 2 veces al mes	0	1	0	10	1	3.7	0	0	
	Sí, 3 o más veces al mes	1	1	6.7	10	0	0	2	11.1	
	No	8	3	53.3	30	20	74.1	10	55.6	
Revive en casa sensaciones de los pacientes	Sí	9	9	60	90	12	44.4	11	61.1	0.096 ^f
	No	6	1	40	10	15	55.6	7	38.9	
Con respecto a los pacientes se siente	Superioridad	1	3	6.7	30	7	25.9	7	38.9	0.152 ^e
	Igualdad	14	7	93.3	70	20	74.1	11	61.1	
Se ha sentido atraído por algún paciente	Sí	2	1	13.3	10	2	7.4	3	16.7	0.803 ^e
	No	13	9	86.7	90	25	92.6	15	83.3	
Tipología de centro de trabajo	Público	2	2	13.3	20	12	44.4	8	44.4	0.091 ^e
	Privado	11	8	73.3	80	15	55.6	9	50	
	ONG	2	0	13.3	0	0	0	1	5.6	
Toma psicofármacos recetados medicamento	Sí	1	1	6.7	10	4	14.8	3	17.6	0.780 ^c
	No	14	9	93.3	90	23	85.2	14	82.4	
°Razón de verosimilitudes.										
fChi-cuadrado de Pearson.										

VII.5.12. Deseo de ayudar y/o curar. (Furor Curandis)

En lo relativo al deseo de curar y ayudar, aproximadamente la mitad (48.6%) consideró que podía ayudar a cualquiera, casi todos (salvo 2) sentían deseos de ayudar y la mayoría (68.6%) se habían formado como musicoterapeutas con este fin (ayudar). No obstante, un 18.63% afirmó haberlo hecho por satisfacción personal (Tabla 23).

Tabla 23: Furor curandis

Variable	Categoría	Nº	%
Puede ayudar a cualquiera	Sí	34	48.6
	No	36	51.4
Siente deseo de ayudar	Sí	68	97.1
	No	2	2.9
Se formó como mct para	Satisfacción personal	13	18.6
	Ayudar	48	68.6
	Complemento	9	12.9



VIII. DISCUSIÓN

En la correlación de la Fatiga de la Compasión con el NPI se obtuvo un valor de .268 para un nivel de significancia de .05, lo que quiere decir que la correlación no es significativa. No existe una relación entre estas variables, esto es, una persona con rasgos narcisista no necesariamente desarrolla FC y viceversa, una persona que padezca de FC no tiene por qué tener rasgos narcisistas.

En esta investigación se encontraron muchos trabajos sobre la Fatiga de la Compasión en profesionales de la enfermería, como, por ejemplo, la investigación de Borges et al., (2019), González, Sánchez y Loaiza (2018), en enfermeros que trabajan en urgencias, estudios sobre el efecto de la musicoterapia sobre la FC como la de Russel (2006) y sobre los trastornos narcisistas de Skodol et al., (2011) y Gálvez et al., (2010)

Sin embargo, no se encontró ninguna investigación que estudiara las tres variables en conjunto y tampoco, realizada con profesionales de la musicoterapia para estudiar la prevalencia de la Fatiga de la Compasión y el Trastorno de Personalidad Narcisista.

VIII.6.1. Perfil profesional del musicoterapeuta

El análisis de los datos nos ha permitido elaborar un perfil del profesional de la musicoterapia, encontrando muchas coincidencias con estudios previos sobre los datos obtenidos (Poch, 2008; Sabbatella y Mercadal-Brotons, 2014). La mayoría de los musicoterapeutas son mujeres, con edades comprendidas entre 30 y 39 años, mientras que la edad en los hombres se encuentra en el rango de 20 a 29 años.

Se ha podido comprobar en nuestra investigación, que el 80 % de la muestra tienen estudios de Máster Universitario en Musicoterapia coincidiendo con el estudio Ortiz y Sabattella (2011). La inserción laboral de este profesional se lleva a cabo sobre los 30 años, puesto que la formación en musicoterapia, al menos en España, se realiza en postgrados o máster, es decir, en el segundo ciclo universitario. Todos los hombres de la muestra tienen Máster en musicoterapia, mien-

tras que hay un 19% de mujeres que tienen estudios universitarios diferentes a la musicoterapia, pero se dedican a ella como su oficio. Sus carreras son afines a la música, la psicología, medicina, etc. Esto, unido a la realización de algún curso de introducción y sensibilización a la musicoterapia, realizado después de graduarse, así como la asistencia a talleres, seminarios, dictados tanto en universidades como en institutos privados, puede ser lo que las motivó a desempeñarse en este ámbito laboral.

Se ha observado que las comunidades autónomas en donde trabajan la mayoría de los profesionales fueron Extremadura (19%) y Madrid (16%). En estas comunidades se ofrecen estudios universitarios en musicoterapia y ésto puede generar oportunidades de trabajo, tanto a nivel de procesos musicoterapéuticos como a nivel académico en la formación de otros profesionales. De hecho, el 75% de los hombres y el 50% de las mujeres de la muestra imparten formación en musicoterapia.

Respecto a la jornada y al turno del trabajo del musicoterapeuta, encontramos que las funciones asistenciales son las más desempeñadas por ambos sexos (hombres 58,3%, mujeres 58,6%). Las mujeres trabajan más horas semanales como musicoterapeutas, entre 10 y 40 horas a la semana, prefiriendo el turno de la tarde, mientras que los hombres trabajan en horarios que corresponden a menos de 5 horas y 10 horas a la semana y prefieren el rotatorio de mañanas-tardes entre semana. Este tipo de jornadas implica estabilidad y seguridad en el trabajo por lo que es habitual que compaginen la musicoterapia con otras actividades fuera de ella. El hecho de que las mujeres dediquen más horas que los hombres al trabajo musicoterapéutico puede deberse a que éstas, de manera casi innata, tienden a educar y cuidar (Dotti, et. al, 2016) y a través de la música, educan los sentimientos y cuidan al paciente para que este aprenda a tener una mejor calidad de vida. Además, parece ser un acontecimiento social ya que en el diario El País (2018) los periodistas Manuel Gómez y Cristina Delgado indican que las mujeres son las que más trabajan a tiempo parcial, en referencia a los hombres.

En cuanto a la diferencia encontrada en la modalidad de contratación, está estrechamente relacionada a las razones por las que las mujeres dedican más horas al trabajo. A pesar de que la mayoría de los profesionales trabajan en cen-

tros privados y un grupo de mujeres (17,2%) estuvieron en situación de paro, en los últimos dos años estos profesionales tienen una relación laboral autónoma. La siguiente modalidad de contratación fue por obra y servicios para los hombres y la contratación indefinida para las mujeres. Las mujeres suelen sentirse más seguras y estables con contratos indefinidos, no obstante, tanto para el caso de los hombres como de las mujeres, se evidencia que requieren de varias contrataciones o clientes, para poder alcanzar ingresos adecuados que les permitan tener una buena calidad de vida (Gómez y Delgado, 2018).

Mantenerse actualizados profesionalmente es importante para los musicoterapeutas y por ello acuden a cursos de formación. No obstante, no suelen trabajar en pareja terapéutica.

Como cualquier ser humano, los profesionales manifestaron tener dolencias relacionadas con el trabajo y en esos momentos, asistieron a consulta con especialistas; la mayoría fisioterapeutas. Ésto tiene que ver con el tipo de lesiones, siendo las musculoesqueléticas las que se han presentado con mayor frecuencia. A pesar de ello, no toman psicofármacos recetados.

En este estudio la prevalencia de la FC (ProQOL) en los profesionales de nuestra muestra es baja (67,1%) y con rasgos narcisistas altos (NPI) (66,4%). Destacar que los resultados han llegado a ser estadísticamente significativos en cuanto a los rasgos narcisistas de la personalidad, a pesar de que a priori el tamaño de la muestra (70 profesionales de la musicoterapia) podía parecer escaso. Es mas, los intervalos de confianza para ambas prevalencias se solapan ésto podría permitir inferir que en mayor población los resultados podrían ser similares.

VIII.6.2. Fatiga de la Compasión

Los factores de riesgo de la FC de acuerdo con investigaciones (Newell & MacNeil, 2010; Thompson, Amatea & Thompson, 2014) son: la edad, a menor edad mayor riesgo; el sexo, las mujeres tienen mayor prevalencia y el nivel de estudios, a mayor nivel mayor riesgo. Sin embargo, en esta investigación los resultados obtenidos demostraron lo contrario. Los niveles de FC altos con mayores porcen-

tajes se obtuvieron en el rango de edades entre 50-59 años, mientras que en edades menores los niveles de FC eran bajos; la mayoría de las mujeres presentaron un nivel de FC bajo y en el nivel de estudios, aquellos que tenían Máster Universitario en Musicoterapia (74,5%) fueron los que obtuvieron niveles bajos de FC. Sólo 5 profesionales con Máster presentaron niveles altos de FC. Esto puede deberse a que los puestos de más responsabilidad recaen más en hombres que en mujeres y dado que para lograrlos es necesario años de experiencia, se justifica la edad de los mismos.

El mayor número de profesionales se encontraban trabajando en Extremadura y Madrid, por lo tanto, es lógico que en esas comunidades autónomas se reflejarán los porcentajes mayores de FC nivel bajo y moderado. Sin embargo, solo en Extremadura se observó un nivel alto de FC (60% de los profesionales que allí trabajan). La mayor exposición a situaciones de estrés se da en el lugar del trabajo de estos profesionales y allí mismo, desarrollan la empatía que pudiera llevarlos a sentir y sufrir con sus pacientes (Cuartero y Campos, 2019; Newell y MacNeil; 2010). No obstante, en este caso, se da en muy pocos profesionales. Si tomamos en consideración que, estos profesionales tienen pareja estable y conviven en el domicilio con 1 hijo, se podría afirmar que tienen cierta estabilidad emocional y que, además, cuentan con el apoyo de la familia para enfrentar situaciones estresantes (FEDER, 2010) que puedan ocurrir en su ámbito laboral y esta puede ser la razón por la que se obtiene niveles de FC muy bajos en esta muestra.

Un mayor porcentaje de FC, en cualquiera de sus niveles (bajo, moderado y alto), lo obtuvieron aquellos profesionales que llevan desarrollando la musicoterapia entre 1 y 5 años. El sentido común indica que, a mayor antigüedad en el trabajo, debería desarrollarse la FC; no obstante, a nivel científico, no tiene nada que ver el número de años, sino el grado de empatía desarrollada, entendida ésta como uno de los recursos principales a la hora de valorar los problemas, así como formular el tratamiento idóneo (Aguilera, et al., 2011; Wilczek, 2011). Los mecanismos empáticos se desencadenan al activarse la amígdala, las neuronas espejo y la corteza órbito-frontal implicados en este proceso y hacen que la persona imite lo que observa y sienta lo que siente la otra persona. Cuando las emociones a las que se expone el musicoterapeuta, o cualquier otro profesional de la salud, son de intenso sufrimiento, es inevitable su impacto (Okoli, 2020).

En nuestra opinión por los datos obtenidos, los musicoterapeutas de la muestra han tenido la habilidad de acompañar al paciente con trauma, de escucharlo de manera activa y adecuar la metodología. Además, son flexibles, creativos, empleando no sólo la música sino también los gestos, la temperatura, las sensaciones táctiles, los olores y los movimientos y tienen la habilidad de diseñar y confrontar métodos terapéuticos, confiando en el potencial humano y actuando de manera amorosa, abriendo los canales de comunicación para mejorar la calidad de vida. Han desarrollado la empatía y el vínculo entre ellos y sus pacientes/usuarios, empleando todos los sentidos perceptivos del cuerpo y el entorno no verbal como un mediador (Loroño, 2009; Schawrcz, 2002). Sin embargo, han sabido enfrentarse a las situaciones estresantes y estar expuesto, de manera constante, al sufrimiento ajeno no ha derivado en sufrimiento propio, por tanto, no han desarrollado la fatiga de la compasión, sino más bien un sentimiento de satisfacción originado por los esfuerzos realizados para ayudar al paciente a salir adelante. La SC actúa como un factor de protección frente a la FC ya que incrementa la capacidad para soportar el estrés traumático (Stamm, 2010). Así, el 77,1% de los profesionales no han sentido la necesidad de derivar y/o abandonar a un paciente dado al impacto del proceso musicoterapéutico y los pocos (22,9%) que llegaron a sentirla, manifestaron conductas de distanciamiento, tanto físico como afectivo.

Entre las razones del por qué no se obtuvo como resultado un índice alto de FC, es que el número de pacientes que atienden los musicoterapeutas es pequeño, atienden a un paciente semanalmente ya sea de manera individual o grupal; también puede deberse a los ámbitos en los que trabajan, pues se dedican a prestar servicio asistencial pero no están al cuidado de las personas al final de la vida, sino más bien, con traumas y duelos por pérdidas de familiares y amigas, por llegar a la jubilación, cambios de vida, en un determinado número de horas de su jornada laboral, es decir, no es una exposición prolongada, hecho que comúnmente ocasiona estrés a nivel psicológico, emocional, físico e incluso espiritual (Figley 1995; Perregrini, 2019). Los profesionales reconocen sus límites y posibilidades originándose el “disengagement” o capacidad del profesional para poner distancia entre las emociones y pensamientos propios y la habilidad empática cuando el paciente no está delante (Hunt, Denieffe y Gooney 2019).

Además, existen elementos que los motivan y que les hace sentirse satisfechos con su práctica, entre ellos se encuentra el sentirse valorados tanto por sus pacientes como por los familiares de éstos, así como de sus compañeros y del director del centro (Stamm, 2016). Mantienen la ilusión por su trabajo y han disfrutado de sus vacaciones y momentos de ocio, actividades que les ayuda a reponer tanto las fuerzas físicas como emocionales para continuar con su labor. También se une el hecho de que la mayoría de los profesionales compaginan la musicoterapia con otras ocupaciones, lo cual puede formar parte de sus estrategias para evitar el desarrollo de la FC. Solo el 40% de los profesionales que se dedican a la asistencia reflejaron un nivel alto de FC, mientras que el 60% restante se dedica tanto a la asistencia como a la administración y la gestión. De igual manera, a pesar de que se preocupan por estar actualizados y acuden a cursos de formación, esta situación no ha incrementado los riesgos de padecer la FC, contrario a lo que señala Thompson, Amatea & Thompson (2014).

En cuanto al deseo de ayudar a los pacientes a mejorar su calidad de vida y a todos aquellos que precisen de su intervención, todos lo han manifestado. En este aspecto, el Musicoterapeuta lleva a cabo la improvisación partiendo de la música que es representativa del dolor y cuando alcanza la repercusión con el dolor, paulatinamente la música se transforma en la cura y será ejecutada hasta que lo desee el paciente (Benenzon, 2006). No obstante, hay una distinción, un alto porcentaje (51,4%) de los musicoterapeutas consideran que no pueden ayudar a cualquier paciente que los necesiten. Únicamente, los del nivel alto FC manifestaron que sí pueden ayudar a cualquier paciente lo más rápido posible. El sufrimiento del paciente y el deseo de sanar que ahí surge, de acuerdo con Freud (1991), constituyen el motivo más fuerte de la terapia y por ello, debe mantenerse hasta el final. Dejando claro que el deseo debe surgir básicamente del paciente y no del musicoterapeuta. La cura es un efecto del análisis que se produce por añadidura, que no puede anticiparse ni estandarizarse y que requiere de un trabajo que atienda a cada detalle (Freud, 1991).

En este sentido los profesionales con alto FC consideran que desempeñan el papel de cuidador durante el proceso terapéutico y que los pacientes les aportan más de los que ellos entregan; situación que es precisamente la que hace que se ubiquen en el valor más alto de la FC considerado en el ProQOL, pues

se desarrolla el afecto, una alianza terapéutica, que tiene un impacto emocional transmitido mediante procesos psicológicos inmersos en la empatía y que los hace olvidar su autocuidado (Sabo, 2006).

El pobre autocuidado, el no saber controlar los factores del estrés, un trauma pasado no resuelto y la carencia de satisfacción en el trabajo, son cuatro factores relevantes para el desarrollo de FC. De estos 4, los profesionales de la muestra han reflejado en cierto grado un pobre autocuidado pero no se evidencian ninguno de los otros tres. Estos profesionales reviven y sienten las emociones de sus pacientes cuando llegan a casa después de un día de trabajo. Con seguridad, ésta es la razón por la que realizan alguna actividad para evadir el trabajo, siendo esta una estrategia para no desarrollar, o no dejar que continúe su desarrollo, la FC. Otra de las estrategias que resultan beneficiosas es asistir a la terapia personal de manera regular, la cual es empleada por la mayoría de los que están ubicados en los niveles alto y moderado de FC, más no así por los que tienen bajo FC, quienes no asisten de manera regular a la terapia, es, tal vez, porque sienten que no la necesitan.

En cuanto al tipo de terapia a la que asisten, se evidenció que la psicoterapia es la más utilizada, independientemente del nivel de FC ya que es considerada apropiada para tratar los síntomas tanto psicológicos como fisiológico como: el estrés, el miedo, la desesperanza, la culpa, la ansiedad, el desinterés, la falta de atención y anhedonia, el agotamiento y el insomnio, entre otros; y mejorar situaciones en el ámbito laboral, social y familiar (Borges et al., 2019). La psicoterapia les brinda un espacio para atender todas las emociones y dejar que éstas conduzcan a las herramientas con las que puedan enfrentar estas situaciones.

Algunos profesionales consideraron estar en una condición de superioridad en relación a sus pacientes, lo que no resulta congruente; quizá se deba a que estos musicoterapeutas tienen rasgos narcisistas, los cuales serán tratados más adelante. En cambio, en relación a otros profesionales se sienten en condiciones de igualdad. Estas apreciaciones no son determinantes de la FC, sin embargo, pueden ser significativas si se toma desde el punto de vista de que el profesional con FC precisa de ayuda, de alguien que le escuche y le apoye para que se encamine a utilizar estrategias que le permitan salir adelante. Especialmente, cuando se tiene un pobre auto-cuidado puesto que éste lleva a consecuencias negativas

como disminuir la SC, perjudicar la salud y las relaciones del terapeuta, incrementar la FC e incluso dañar a los pacientes/usuarios. Por ello es fundamental, la realización de la supervisión, proceso en el que el profesional se automonitoriza o bien la monitorización es realizada mediante el apoyo de otro, aunque esto no lo hacen los profesionales de esta muestra. Además, de acuerdo a Benenzon (2006), la ausencia de supervisión puede potenciar la herida narcisista que veremos en el análisis de los resultados del NPI, dado a que puede incrementar el acting out porque no son revisados los puntos oscuros del musicoterapeuta.

Finalmente, sobre el 80% se encuentran los porcentajes en todos los niveles de FC de los profesionales que no se sienten atraídos hacia su paciente/usuario durante la intervención, no obstante, no está muy claro en qué sentido se evalúa la atracción lo que pudiera ocasionar respuestas falsas. Se entiende que esta atracción fue considerada de manera distinta a inspirar compasión y hacer que el profesional desarrolle empatía, puesto que a la pregunta sobre si se sentían conectados con sus pacientes/usuarios, los musicoterapeutas en todos los niveles de FC manifestaron que se han conectado con su paciente/usuario y han sentido la misma emoción que éste expresaba o sentía durante la intervención musicoterapéutica.

VIII.6.3. Los rasgos narcisistas de la personalidad y la herida narcisista

En esta investigación se empleó el NPI, cuyos resultados mostraron que un 66,4% de los profesionales presentan rasgos narcisistas altos y entre ellos, un 25,7% representan una situación preocupante. Un individuo se considera narcisista cuando presenta un desajuste en la manera en cómo se percibe, vinculado a las relaciones con su entorno, a las personas y a los objetos (Jiménez, 2020). Por tanto, un musicoterapeuta con patología narcisista depende de la idealización de su imagen, la cual se aleja de la realidad, pero éste no puede percibir la diferencia entre lo que cree ser y lo que es realmente (Kernberg, 1975/1997). Esta situación hace que pueda alcanzar el éxito en algunos ámbitos como, por ejemplo, el laboral, tener cargos altos y reconocidos, pero acarrea muchas dificultades en lo que respecta a las relaciones interpersonales, acompañadas de dificultades neuróticas y/o problemas sexuales y frustraciones (debilidad yoica) (Masterson, 1987).

Respecto a las dimensiones del NPI, los rasgos narcisistas que prevalecieron fueron, en primer lugar, la autoridad fue evidenciada con una mediana del 5,8, quienes tienen liderazgo y autoconfianza; el exhibicionismo fue reflejado en una mediana de 4,2 de los profesionales que buscan sensaciones nuevas, extraversión y que controlan poco sus impulsos; superioridad con una mediana de 4 tienen autoconfianza, un ego inflado y un estatus en la sociedad y autosuficiencia reflejada por una mediana de 3,7 que se sienten independientes, asertivos, confiados en sí mismos y con motivación al logro. Esto quiere decir que más de la mitad de los profesionales encuestados desean que las personas que lo rodean, en este caso sus pacientes/usuarios y compañeros del centro de trabajo, los consideren maravillosos y los admiren, respeten y aprueben. Esperan que éstos satisfagan de buena gana todos sus deseos y le otorguen un trato especial, demostrando necesidad de dominar su entorno y relaciones sociales, así como aires de grandeza, aprovechándose de todos para satisfacer sus necesidades (Pena, Moreira y Guerra, 2020).

En cuanto a la relación de los datos demográficos con el narcisismo, se obtuvo que los rasgos narcisistas muy altos se reflejaron en el rango de edad entre 40-49 años, mientras que los rasgos normales, medios y altos de narcisismo se evidenciaron en los profesionales con edades comprendidas entre 30-39 años. De acuerdo a un estudio prospectivo de la University of Mannheim de Buffalo-California, el narcisismo va disminuyendo a medida que la gente va creciendo (Wetzel, et al. 2019), quizás porque se aprende a ser más asertivo a medida que se vive, sin embargo, aquí se observa que a mayor edad mayores rasgos de narcisismo. Los motivos no podemos explicarlos en esta investigación, pues se necesitan de instrumentos más precisos para ello. Pero se podría encontrar la explicación a estos resultados si tenemos en cuenta el vacío legal que existe en España con respecto a la musicoterapia. Esta falta de regulación profesional que arrastra desde hace años, podría ser la causa de que los musicoterapeutas de edades mas avanzadas obtengan resultados elevados en rasgos narcisistas de la personalidad, para cubrir sus propias necesidades de autorrealización y autoreconocimiento.

Las mujeres mostraron más tendencia a ser narcisistas que los hombres, mostrando ambos rasgos altos. Este resultado es bastante común, pues han sido muchas las investigaciones que han revelado lo mismo (Sabbatella y Mercadal-Brotons, 2014), sin embargo, esto puede deberse a que en la actualidad la musicoterapia es estudiada y empleada por un mayor número de mujeres, lo que sesgaría el resultado.

Los profesionales con Máster Universitario en Musicoterapia (70,4%) mostraron rasgos de narcisismo más alto y un 25,9% en otras profesiones, mientras que en los rangos muy altos, el 94,4% tiene un título de Master. Esta situación es muy cónsona con el narcisismo, pues a mayor nivel de estudios, el individuo percibe que es más apreciado porque tiene un mayor estatus, además de mayores posibilidades de obtener un mejor empleo, lo que lo hace engrandecer su ego (Lerner, 2009).

Los profesionales de la muestra que tienen pareja reflejaron los rasgos más altos de narcisismo; ésto puede deberse a que, al narcisista, le gusta vivir en pareja y la constituye mediante la colusión narcisista (Willi, 1993:75); el individuo concibe a su consorte como un objeto narcisista dado que existe un sentimiento de inseguridad, es decir, su pareja es alguien que le completa, lo adorna o le auto eleva. Puede que su relación de pareja no sea duradera ya que en sus relaciones proyecta, de manera excesiva sobre el otro, una imagen de sí mismo de lo que fue, o de lo que quiere ser, buscando un ideal. Por tanto, quiere ser el centro de la vida de su pareja, siente que ésta debe quererlo sin necesidad de que le corresponda y además, debe estar dispuesta a satisfacer sus necesidades.

En cuanto al número de hijos, se evidenció que, en las cuatro categorías, los porcentajes más altos representan a los profesionales que conviven con un único hijo. Ésto puede derivar en nuevos narcisistas, pues de acuerdo a Millon y Everly (1985) entre los factores que influyen en el origen del narcisismo se encuentra el estatus de hijo único y puede que estos profesionales también lo hayan sido, aunque este dato no fue recogido en el cuestionario sociodemográfico.

Al igual que ocurrió con la FC, los porcentajes más altos en las distintas categorías de los rasgos narcisistas los obtuvieron los profesionales que trabajan

en centros privados. No puede afirmarse que el hecho de trabajar en un centro privado determina los rasgos narcisistas, sin embargo, la psique proyecta hacia los objetos una parte del yo al escindirse los objetos buenos y malos y si el individuo considera que el trabajar en un centro privado le aporta estatus tratará en lo posible de conseguir un cargo allí e incluso ir escalando posiciones (Horstein, 2006). Conseguirlo, le ayudará a proteger de modo obsesivo las áreas de su personalidad que considere débiles y susceptibles de ataque.

Las fantasías de grandeza representan la intención de proteger estas áreas o el ataque a quienes consideran que pudieran lesionarlas (Cohen, 2020). También pudiera explicarse bajo la concepción que hace Horstein (2006) sobre el denominado “narcisismo trófico”; en el que el individuo ya no centra sus ideales, ambiciones y compromisos en los objetos para sostener y/o promover su identidad y la autoestima ya que los ha coseguido, sintiéndose entonces libre de orientar su vida hacia la consecución de sus deseos y no por motivos narcisistas. Este mismo planteamiento puede explicar el por qué el 100% de los profesionales, independientemente de los rasgos de narcisismo, acuden a cursos de capacitación.

En cuanto a la realización de la supervisión, los resultados evidenciaron que los profesionales no realizan supervisión frecuentemente, en ninguna de las categorías del NPI. De acuerdo a diferentes autores (Kanciper, 2010; Klein, 1959; Penkin, 2008), los narcisistas son personas lastimadas por decepciones y/o carencias, especialmente de amor materno-filial que son heridas que llevan consigo y que disminuyen su autoestima. La supervisión es un espacio en donde se puede vivenciar los traumas o angustias, de modo que, al asistir, seguro experimentarían el dolor psíquico propio de las heridas narcisistas, sintiéndose abandonados, desvalidos. Estas heridas suelen ser profundas, por lo tanto, muchos no querrán acudir utilizando cualquier tipo de excusas y en la protección de su yo, podrían mostrarse prepotentes o arrogantes, dado que su psique proyecta hacia los objetos una parte del yo al escindirse los objetos buenos y malos y el individuo trata de proteger de modo obsesivo las áreas que considera débiles y susceptibles de ataque, con el consiguiente desgaste energético (Braier, 2017; Llanes, 2016; Winnicott, 1974).

Mientras no asistan, los puntos oscuros del musicoterapeuta no serán revisados (Benezon, 2006) y esto repercutirá en su práctica. Puesto que, al enfrentarse a sus pacientes, aunque no sean empáticos con estos entendida la empatía como la comprensión, la sensibilidad, la ternura hacia el otro, la capacidad de percibir y sentir lo que el otro siente y cuya carencia se origina en la relación de ambos padres con el hijo reforzarán sus heridas y para evitarlo, realizan un diagnóstico y tratamiento lo más rápido posible, un modo de no enfrentarse con su realidad.

Las heridas narcisistas surgen desde edades muy tempranas. La persona intenta llevar con normalidad su vida (Kanciper, 2010; Llanes, 2020), pero, realmente, si el narcisista se esconde tras una fachada y actúa sin espontaneidad, sin vitalidad, es debido a que ha perdido su capacidad de sentir, es decir su empatía. Es muy frecuente observar en este tipo de personas actitudes autodestructivas, bajo formas hiperactivas (endureciendo su carácter) o bajo formas depresivas (derrumbándose) (Wardetzke, 2012). Según Benenzon (2006) la herida narcisista del musicoterapeuta ocurre cuando, por evitar que el paciente lo abandone o abandone la terapia, comete acting out o No-out, por miedo a ese abandono.

El asistir a la supervisión podría ser un canal de alivio, al igual que lo sería asistir a terapia de manera regular, sin embargo, los resultados reflejaron que los profesionales de la musicoterapia encuestados, en su mayoría, no asisten a terapia personal de manera regular y esto sucede en todas las categorías de rasgos narcisistas.

En cuanto al tipo de terapia a la que acuden los profesionales de la muestra, aquellos que presentaron rasgos altos y muy altos acuden a la Psicoterapia. En este caso el terapeuta debe considerar las heridas narcisistas. Esto significa que debe hacer el análisis de la reiteración transferencial de los maltratos narcisistas, a la vez que se incorpora su historización, además de tener una actitud muy sutil, puesto que los sistemas de alarma del musicoterapeuta narcisista estarán activados (Llanes, 2016), como lo hacen las de sus pacientes cuando acuden al proceso terapéutico. El terapeuta deberá tener el doble de cuidado para saber discriminar cuándo se toca, o no, cómo se toca con la palabra, el tacto o la mirada (Benezon, 2006), pues estará tratando con alguien que ya sabe cómo es el proceso y se hará aún más difícil el tratamiento.

La verbalización debe acompañarla de palabras vivas, que demuestren sentimientos y sensaciones, cuidar el tono de voz, las miradas, la postura, los movimientos, pues el profesional narcisista estará atento a la comunicación no verbal ya que es muy susceptible. Por este motivo, el terapeuta de apoyo debe procurar el vínculo afectivo lo más pronto posible para evitar la activación de las defensas e ir facilitando el contacto de manera gradual, con aquello que perturba al paciente. Es muy importante que los propios musicoterapeutas con rasgos narcisistas altos y muy altos intenten sanar sus heridas cuando tengan que atender a sus pacientes, dándole más relevancia al cómo que al por qué (Hotchkiss, 2003).

El musicoterapeuta debe tener siempre en cuenta que el paciente tiene un cuerpo y un cerebro que refleja su realidad social de una manera muy particular y cualquier alteración somática produce reacciones psíquicas. De esta manera, cuando una persona se enferma reaccionará ante el dolor reflejando su situación bio-psicosocial, por tanto, no todos los enfermos reaccionarán de la misma manera. Así mismo, las alteraciones psíquicas traen consigo reacciones somáticas en las que se expresan sus emociones ya sea de manera externa (temblores, sudoración, etc.) o internas (ritmo cardíaco acelerado, modificaciones en el ritmo respiratorio, etc.) y éstas pueden agregar signos y síntomas nuevos al padecimiento (De la Rubia, Sancho y Cabañés, 2014). Los profesionales de la musicoterapia que tienen rasgos altos o muy altos de narcisismo (66,4%) podrían obviar estas consideraciones ya que las personas con estas características solo piensan en sí mismas, estableciendo una relación consigo mismo en la que proyectan sus deseos de ser admiradas y queridas, necesitando constantemente de la confirmación de los que le rodean para mantener su autoestima y no piensan en el otro, como un ser que necesita de ayuda y cuidados, sino como alguien a quien necesitan para ser aprobados y admirados (Benatuil, 2019).

De esta manera, era de esperar que, en las preguntas realizadas para conocer cómo se consideraban valorados por los pacientes, los familiares de los pacientes, los compañeros y el director, los datos reflejen que todos los profesionales se sintieran valorados por cada una de estas personas, independientemente de los rasgos narcisistas que reflejan en el NPI, encontrándose entre ellos 27 profesionales con rasgos altos y 18 con rasgos muy altos de narcisismo. Esto no es más que una “identificación proyectiva” que los ayuda a la idealización de su

yo y a dar apoyo a su self ideal (Kernberg, 1997). El narcisista patológico se ama como quisiera ser amado y en ese acto proyecta en sus posibles admiradores o seguidores, el cultivo a su admiración (Yun y Hyun, 2018).

El narcisista se identifica solamente con aquellos que él piensa que le son afines y que le secundarán en la realización de sus metas omnipotentes. El falso self, ejecuta la búsqueda, después de una importante autoevaluación de magnificencia y supremacía y proyectar una imagen simpática, afable, socializadora, que generalmente se vinculan a comportamientos desprovistos de culpa y cuando considera que estas personas ya no le sirven para alcanzar sus metas, e incluso cuando ya las haya logrado, desecha sin miramientos, sin agradecer, e incluso despreciándoles con niveles altos de agresión (Kernberg, 1997).

La praxis médica ha tenido cambios que la han llevado a trivializar la muerte y a no dar importancia al sufrimiento del otro por factores culturales (Díaz, 2010) dando paso a una práctica orientada en la evidencia, lo cual favorece de cierta manera a los musicoterapeutas narcisistas, pues no es necesario que intervenga ni la empatía ni la sensibilidad. Así mismo, la tecnología y los ideales de la sociedad de consumo han contribuido a olvidar al otro, haciendo que el sistema sanitario no provea del tiempo necesario para que los médicos puedan atender bien a sus pacientes, sino que tienen que atender al mayor número de estos en menor tiempo (Rodríguez, Jarillo y Casas, 2018), olvidando conversar con el paciente, sin conocer su nombre e incluso obviando el examen físico, para convertirse en una persona que indica medicamentos, solicita exámenes y deriva a sus pacientes a especialistas. A pesar de ello, los musicoterapeutas de la encuesta se enfrentan al impacto emocional y la mitad de los profesionales, que reflejaron rasgos muy altos, han sentido la necesidad de derivar y/o abandonar a algún paciente por el impacto emocional que les supuso a lo largo del proceso musicoterapéutico.

En cuanto al deseo de ayudar, la mayoría de los profesionales se formó como musicoterapeuta para ayudar a los demás, seguido por la satisfacción personal. Esto puede deberse a lo que Mosquera (2008) denominó “narcisista salvador”, el cual sobrevalora sus capacidades y potencialidades, responsabilizándose por lo que pueda ocurrirle al otro, sienten que pueden y tienen las capacidades para solucionar sus problemas, lo que les otorga poder. Generalmente, eligen

profesiones como médicos, psicólogos, enfermeros, musicoterapeutas, psiquiatras, enfermeros, etc. Si todo va bien, este profesional narcisista se mantiene estable y puede lograr el éxito, pero si algo sale diferente a lo que espera, puede venirse abajo, porque no puede controlar a los demás, ni a los factores externos.

En este sentido, la mayoría de los profesionales sienten el deseo de ayudar al paciente en la mejora de su calidad de vida, siendo los valores de los rasgos narcisistas los siguientes: rasgo normal 100% rasgo medio 100%, rasgo alto 92,6% y rasgo muy alto 100%. Sólo un pequeño porcentaje de profesionales con rasgos altos de narcisismo (7,4%) no siente este deseo, quizá tenga que ver con el mecanismo anteriormente señalado de la identificación proyectiva. El paciente hace que surja una reacción contratransferencial en el musicoterapeuta que hace que éste busque satisfacer sus necesidades egoístas, porque siente envidia debido a que el paciente tiene o disfruta de una atención que él desearía para sí. Esta emerge de la comparación con el otro, en la cual el musicoterapeuta se descubre en situación desfavorable (Amorós, Puchades, Renes y Vidal, 2018).

Ahora bien, el deseo de ayudar a otro tiene una distinción, los profesionales con rasgos altos de narcisismo el 5,3% manifestaron que sí puede ayudar a cualquier paciente, mientras que un 40,7 % dijo que no pueden ayudar a cualquier paciente con su intervención y en el rango de muy alto estuvieron emparejados con un 50% que piensa que sí puede ayudar a cualquier paciente con su intervención y un 50% con los que piensan que no pueden hacerlo. Esto quiere decir que el musicoterapeuta se siente salvador de su paciente porque tiene el conocimiento y la capacidad para ayudarlo a mejorar, pero la curación está entre el deseo y la realidad hostil, se alcanza por la sobrestimación del yo y de las probabilidades terapéuticas. El musicoterapeuta narcisista está dispuesto a arriesgarse y tomar decisiones sin distraerse con el sufrimiento del paciente e incluso puede llegar a creer que es el deseo de su yo cambiar el curso de la enfermedad.

En este mismo orden de ideas, la mayoría de los profesionales considera que hacen un papel distinto al del cuidador, padre/madre, hermano/a, amigo/a o paciente, independientemente de la categoría de los rasgos narcisistas mostrados. De la misma manera, ninguno de los profesionales se ha sentido atraído por algún paciente/usuario durante el proceso musicoterapéutico, tal vez porque la

respuesta fue considerada bajo una perspectiva sexual; sin embargo, Freud (1914), planteaba que entre el autoerotismo y el amor objetal hay una faceta de evolución sexual con una carga y una dirección libidinal, que no tiene que ver con una sexualidad perversa. Cuando el narcisista patológico se ama como quisiera ser amado, en ese acto proyecta en sus admiradores o seguidores posibles, el cultivo a su admiración.

En cuanto a revivir y sentir las emociones vividas por los pacientes/usuarios al llegar a casa después de un día de trabajo, se obtuvo un mayor porcentaje en profesionales que sí lo hacen en las categorías de rasgos narcisistas normales (60%) y medios (90%), mientras que, para los rasgos altos y muy altos, la mayoría de los profesionales manifestaron que no los reviven ni los sienten al llegar a casa. Esto resulta por la falta de empatía de la cual ya se ha conversado. Además, en nuestra opinión, cuando el individuo cae en el narcisismo, puede separarse de la realidad. Los médicos y terapeutas suelen tener los rasgos narcisistas más acusados y muchos eligen la profesión para obtener admiración y poder y no porque sientan la necesidad de empatizar con el otro para aliviar su dolor.

La mayoría de los profesionales, cualquiera que sea la categoría de rasgos reflejados en el NPI, se considera en condición de igualdad en relación con sus pacientes, ésto puede ser debido a que al percibir al paciente en el mismo grado de superioridad se incrementa su amor propio. En cuanto a cómo se consideran otros profesionales, el resultado fue también que se consideran en condiciones de igualdad en todas las categorías de rasgos reflejados en el NPI. Esto puede deberse al hecho de que el narcisista no tolera que otra persona destaque y pueden generarse conflictos y abusos emocionales, debido a la falta de empatía ya que la persona narcisista desvalorizará los comportamientos de los demás, prestando atención a las obligaciones del otro más que a las propias (Mingote, del Pino, Huidobro, Gutiérrez, de Miguel y Gálvez, 2007).

De acuerdo con Gálvez, Mingote & Moreno, (2010), las personas con trastornos de personalidad frecuentemente son altos consumidores de asistencia médica por sintomatología sin diagnóstico claro ya que frecuentemente el trastorno coincide con otros tipos de alteraciones psiquiátricas y desórdenes sociales. En este sentido, los resultados obtenidos en el NPI indican que, independientemente

te de los rasgos narcisistas, la mayoría de los profesionales padecen de alguna enfermedad crónica, un 16,7% toman psicofármacos recetados y acuden para tratarse, a otro profesional diferente del médico de cabecera, del médico especialista, del psicólogo, del fisioterapeuta y del musicoterapeuta.

VIII.6.4. Limitaciones del estudio

Los estudios transversales son susceptibles de sesgos y demandan un análisis longitudinal de las distintas variables ya que estas pueden incidir en su evolución (Rodríguez y Mendivelso, 2018). No obstante, ésto no resta validez a la información que se obtiene y por ello, en la presente investigación se reporta información útil que permite conocer la realidad del profesional en musicoterapia.

La intención del estudio era llegar al menos a 90 profesionales de la musicoterapia, teniendo en cuenta los datos del registro de musicoterapeutas registrados en España por la AEMP en su REMTA al inicio de esta investigación, pero de los 103 cuadernillos enviados y entregados y tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron 70 con los que se procedió al análisis de los cuestionarios que contenían.

En consecuencia, en relación con el tamaño muestral, hubo que considerar un posible sesgo a la hora de medir la relación y dimensiones de la FC y los rasgos narcisistas de los profesionales. Entre las razones que explicarían esta moderada participación se encuentra la forma de la recogida de datos ya que no se hizo de manera presencial, sino por envíos mediante las asociaciones, el correo postal y vía internet, lo que dificultaría la aclaración de dudas y también podría ocasionar olvidos en cuanto al tiempo de entrega.

A pesar de que en la carta de presentación se explicaba que se garantizaba la confidencialidad, existe la posibilidad de que algunos participantes desconfiaran dado al contexto de crisis económica actual. También, la extensión del cuestionario de variables sociodemográfica, laborales y recursos personales, pudo haber interferido en la participación de los musicoterapeutas.

Aunque teniendo en cuenta el dato que lanza la AEMP en su registro español de musicoterapeutas acreditados del 2019, con un total de 96 musicoterapeutas, la muestra se considera suficientemente representativa, a pesar de las dificultades expresadas. (AEMP, 2019).

Otra limitación fue la casi inexistente literatura respecto a la FC y los musicoterapeutas, es decir, existe bibliografía sobre el uso de la musicoterapia como tratamiento para diversas enfermedades, pero no se han encontrado investigaciones sobre su aplicación para disminuir la FC y mucho menos, estudios sobre tratamientos aplicados al profesional de la musicoterapia para aliviar patologías derivadas de su trabajo o profesión.

VIII.6.5. Relevancia científica y sociosanitaria del estudio

Uno de los aspectos que le otorga importancia a este trabajo de investigación es la selección de las variables, pues es la primera vez que se procura analizar la presencia de la Fatiga de la Compasión y rasgos narcisistas de la personalidad en los profesionales de la musicoterapia tanto nacional como internacionalmente.

Otro aporte es que se han obtenido conocimientos que permiten mostrar un perfil del musicoterapeuta, así como comprender la realidad de este tipo de profesionales de la salud en nuestro país. Especialmente importante, es el hecho de conocer que los musicoterapeutas no recurren a la supervisión, puesto que conlleva a hacer una llamada de atención al propio profesional y también a sus supervisores (en el caso de que los tengan) de manera que puedan autocuidarse y mejorar su práctica clínica para obtener resultados beneficiosos y satisfactorios para los pacientes.

Los resultados de esta investigación se difundirán a profesionales del ámbito sanitario, especialmente a aquellos dedicados a la musicoterapia, mediante la divulgación en congresos y artículos que se derivarán para la publicación en revistas especializadas, todo ello con el fin de promover líneas de investigación similares en otras áreas.

The background of the page is a soft-focus photograph. It shows a person's hands; the left hand holds a smartphone with a circular logo on the back, and the right hand holds a wooden desk calculator. The person is wearing a silver metal watch on their left wrist. The overall color palette is warm and light, with a semi-transparent dark blue rectangle overlaid in the center to contain the title.

IX. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En función de los resultados obtenidos en esta investigación y partiendo de los objetivos e hipótesis planteados, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. En cuanto a los niveles de rasgos narcisistas de la personalidad, un grupo elevado de musicoterapeutas presentan rasgos altos de personalidad narcisista, siendo los rasgos más resaltantes la autoridad, el exhibicionismo, la superioridad, la autosuficiencia.
2. Los profesionales de la musicoterapia de la muestra tienen una alta Satisfacción de la Compasión por lo tanto no padecen de Fatiga de la Compasión.
3. No existe una relación significativa entre la Fatiga de la Compasión y niveles altos de rasgos narcisistas de la personalidad.
4. Las variables: lugar geográfico de trabajo, así como la necesidad de derivar o abandonar al paciente junto con revivir sensaciones de los pacientes en casa, pueden justificar niveles altos de fatiga de la compasión.
5. El nivel de estudios universitarios es una variable que influye en los rasgos narcisistas de los musicoterapeutas. A mayor nivel de estudios más altos rasgos narcisistas de la personalidad.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman R, Spreen M, CF Ket J, C Vink Annemiek, Maratos A, Crawford M, Chen X y Gold C. (2017). *Musicoterpia para la depression. Chochrane Systematic Review*. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004517.pub3/full/es>
- Acinas, M. (2012). Burnout y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista digital de Mediacna Psicósomática y Psicoterapia*, 2(4). 1-22.
- Aguilera, R., Alfaro, P., Fuentealba, M., & Kirsten L. (2011). Presencia de correlación entre el síndrome Burnout y empatía medica en in ternos de medicina de una escuela de regiones durante un año. *Trabajos originales*, 14(2).
- Åhlin, J., Ericson-Lidman, E., Eriksson, S., Norberg, A., & Strandberg, G. (2013). Longitudinal relationships between stress of conscience and concepts of importance. *Nursing ethics*, 20(8), 927-942.
- Aigen, Kenneth. S. (2014). *The study of Music Therapy: Current issues and concepts*. New York: Routledge.
- Alonso, A.; Hernaez, M.; Martí, P. (2008) Tratamiento multidisciplinar para el dolor lumbar crónico: programa de musicoterapia. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 15 (4), 1-6.
- Alvin, J. (1967). *Musicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- American Music Therapy Association (2018). What is Music Therapy? Disponible en: <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychoanalytic Association, International Psychoanalytical Association (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring MD. Alliance of Psychoanalytical Associations.

- Amorós, B y Del Olmo, M.J. (2017). La Musicoterapia en España a través de los estudiantes: una realidad académica y profesional en proceso de desarrollo. *Revista de Investigación en Musicoterapia*, 1, 1-13
- Amorós, E., Puchades, S., Renes, G., & Vidal, M. (2018). Entre el narcisismo y la relación de objeto: los ideales. *Revista de Psicoanálisis*, 83, 377-396.
- Arbiser, S. (2013). Del furor curandis a la 'comprometida responsabilidad terapéutica'. El caso E. *Revista Propiedad de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 75.
- Arimon-Pagès, E., Torres-Puig-Gros, J., Fernández-Ortega, P., & Canela-Soler, J. (2019). Emotional impact and compassion fatigue in oncology nurses: Results of a multicentre study. *European Journal of Oncology Nursing*, 43, 101666.
- Arkan B, Yılmaz D, Düzgün F(2019). Determination of Compassion Levels of Nurses Working at a University Hospital. *J Relig Health*. 7. doi: 10.1007/s10943-019-00786-x.
- Arranz, P., Barbero, J. J., & Barreto, P. (2000). *Intervención emocional en cuidados paliativos Modelo y protocolos*. Editorial Ariel. Barr P. (2017). Compassion fatigue and compassion satisfaction in neonatal intensive care unit nurses: Relationships with work stress and perceived social support *Traumatology*, 23 (2017), pp. 214-222
- Arroyo, J.A. (2011). Recorrido histórico de la musicoterapia. *Revista digital Eduinova* 28, 114-117.
- Avelino, BC, Lima, GASF, Cunha, JVA, Colauto, RD (2017). La influencia del narcisismo en el ámbito profesional: aspectos relacionados con la deshonestidad. *REVISTA DE ASAA - Avances en contabilidad científica y aplicada*, 10 (3), 334-356.
- Bailey, L.M. (1984). The use of songs in music therapy with cancer patients and their families. *Music Therapy*, 4 (1) 4-17

- Baranger, W. (1991). El Narcisismo en Freud. En: *Estudio sobre: introducción al narcisismo de Sigmund Freud*. J. Sandler (comp.). J. Yébenes, Madrid.
- Baranger, W. (2018). Narcissism in Freud. In *Freud's On Narcissism* (pp. 108-130). Routledge.
- Barbarroja, J. (2008). Musicoterapia. *Revista digital: Innovación y experiencias educativas*. 12. Disponible en: [rchivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_12/M_JANET_BARBARROJA_1.pdf](http://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_12/M_JANET_BARBARROJA_1.pdf)
- Barcellos, L. (2010). *Latin-American Music Therapists Get Together 2,600 Meters Closer to the Stars!* Voices Resources. Disponible en: <http://testvoices.uib.no/community/?q=colbarcellos181010>
- Beck, B. D. (2012). *Guided Imagery and Music (GIM) with adults on sick leave suffering from work-related stress – a mixed methods experimental study*. Doctoral Dissertation. Aalborg University, Denmark. Disponible en: http://vbn.aau.dk/files/68298949/42919_phdbolettebecksmall.pdf
- Beck, B., Hansen, A., & Gold, C. (2015). Coping with work-related stress through Guided Imagery and Music (GIM): Randomised controlled trial. *Journal of Music Therapy*, 52(3), 323-352.
- Benatuil, G. O. (2019). El narcisismo y sus descontentos. Dilemas diagnósticos y estrategias de tratamiento con pacientes narcisistas [Gabbard y Crisp-Han]. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (60), 9.
- Bench, S., Stayt, L., Shah, A., Dhinan, P. & Czuber-Dochan, W. (2020). Prevalence and experience of fatigue in survivors of critical illness: A mixed-methods systematic review. *MedRxiv-Intensive Care and Critical Care Medicine*. Doi: [10.1101/2020.06.30.20138248](https://doi.org/10.1101/2020.06.30.20138248)
- Benenzon R. (1998). *La Nueva Musicoterapia*. Argentina: Lumen.

- Benenzon R. (2006). Musicoterapia en el dolor crónico. Reflexiones a partir de una investigación. Conferencia dictada en el Congreso de Música y Neurociencia. Organizado por el centro Benenzon de Italia. Alba. En: Música Terapia y Comunicación. *Revista de Musicoterapia* 26.
- Benenzon, R. (1981). *Manual de musicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Bermejo, J. C. (2020). Satisfacción por compasión. *Rev. chil. endocrinol. diabetes*, 74-75.
- Betés, M. (2000). Bases históricas del uso terapéutico de la música. En Betés, M. (comp.) *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 23-36). Madrid: Ediciones Morata S.L
- Bleiberg, E. (1994). Normal and pathological narcissism in adolescence. *American Journal of Psychotherapy*, 48(1), 30-51.
- Borges EMN, Fonseca CINS, Baptista PCP, Queirós CML, Baldonado-Mosteiro M, Mosteiro-Díaz MP. (2019). Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 27:e3175
- Braier, E. (2001). Las heridas narcisistas en el trauma psíquico temprano. Teoría y clínica. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/355158>
- Braier, E. (2017). Psicoanálisis y Psicoterapia psicoanalítica a la luz de una tercera tópica freudiana. *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 32-38.
- British Association for Music Thrapy (2011) History. Disponible en: <http://www.bamt.org/about-british-association-for-musictherapy/history.html>
- Bruscia K. (1991). *Case Examples of Music Therapy for Personality Disorders*. Barcelona: Gilsum NH.

- Bruscia, K. E. (1998). *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Gilsum (New Hampshire, USA): Barcelona Publishers
- Bruscia, K. E. (2007). *Musicoterapia: Métodos y prácticas (traducción del original: Defining Music Therapy)*. México: Ed. Pax.
- Bruscia, K. E. (2010). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. España: Agruparte.
- Buffum, M.; Sasso, C.; Sands, L.; Lanier, E.; Yellen, M. & Hayer, A. (2006) A music intervention to reduce anxiety before vascular angiography procedures. *Journal of Vascular Nursing*, 24 (3), 68-73
- Burnett Jr, H. J. (2017). Revisiting the compassion fatigue, Burnout, compassion satisfaction, and resilience connection among CISM responders. *Sage Open*, 7(3), 2158244017730857.
- Calderón-de la Cruz, G. A., Merino-Soto, C., Juárez-García, A., Domínguez-Lara, S., & Fernández-Arata, M. (2020). Is the factorial structure of the Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) replicable in the nursing profession in Peru? A national study. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 30(5), 340-348.
- Calle, I. (2013). *Fundamentos histórico-artísticos de la música como medio terapéutico en Europa: desde la Edad Media hasta el Prerromanticismo*. Tesis doctoral. Universitat de València.
- Campos Vidal, J. F., Cardona Cardona, J. y Cuartero Castañer, M. E. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión (Facing the wear: care and palliative mechanisms of compassion fatigue). *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 119-136.
- Care, P. H. (2017). Desgaste profesional por empatía en la Atención Primaria de Salud Professional exhaustion by empathy in Primary. *Health Care*, 21(1), 4-6.

- Carr C, Odell-Miller H, Priebe S. (2013). A systematic review of music therapy practice and outcomes with acute adult psychiatric in-patients. *PLoS One*; 8(8):e70252
- Casas, J., Repullo, J. R., & Lorenzo, S. (2002). Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Revista de calidad asistencial*, 17(4), 237-246.
- Castillo Jurado, M. E. (2014). *Niveles de fatiga por compasión en practicantes de psicología clínica, desde un enfoque integrativo: estudio a realizarse en estudiantes de 10mo semestre, que hacen sus prácticas pre-profesionales en la carrera de Psicología Clínica de la PUCE, durante el período de septiembre a diciembre de 2013* (Bachelor's thesis). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Castillo-Pérez S, Gómez-Pérez V, Velasco MC, Pérez-Campos E, Mayoral M. (2010). Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, 37(5):387-390.
- Cetrano, G., Tedeschi, F., Rabbi, L., Gosetti, G., Lora, A., Lamonaca, D., ... & Amaddeo, F. (2017). How are compassion fatigue, Burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. *BMC health services research*, 17(1), 755.
- Chachula, K. M. (2020). A comprehensive review of compassion fatigue in pre-licensure health students: antecedents, attributes, and consequences. *Current Psychology*, 1-13.
- Chirico, F. (2016). Job stress models for predicting Burnout syndrome: a review. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 52(3), 443-456.
- Chlan, L. & Hertz, M. (2012) *Integrative therapies in lung health and sleep*. New York: Humana Press

- Cid, F.X. (1787). *Tarantismo observado en España ... y memorias para escribir la historia del insecto llamado Tarántula, efectos de su veneno en el cuerpo humano, y curación por la música* ...Madrid: Fondo Antiguo de la Universidad Complutense
- Cieslak, R., Shoji, K. & Melville, E. (2013). A meta-analysis of the relationship between Job Burnout and Secondary Traumatic Stress among workers with indirect exposure to Trauma. *Psychological Services*, 11(1). DOI: [10.1037/a0033798](https://doi.org/10.1037/a0033798)
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & health sciences*, 12(2), 235-243.
- Cohen, D. E. (2020). *Las bases neurobiológicas del trastorno límite de la personalidad: Un modelo de procesamiento sistémico*. Editorial Autores de Argentina.
- Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 13(6), 618. <https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>
- Cuartero, M. E., & Campos-Vidal, J. F. (2019). Self-care behaviours and their relationship with Satisfaction and Compassion Fatigue levels among social workers. *Social work in health care*, 58(3), 274-290.
- Davis, MS; Brunell, AB (2012). Midiendo el narcisismo dentro de Add Health: el desarrollo y validación de una nueva escala. *Revista de investigación sobre la adolescencia*, 22 (4), 632-645.
- Davis, W.B., Gfeller, K., y Thaut, M. (2000). *Introducción a la Musicoterapia: teoría y práctica*. Barcelona: Editorial de Música Boileau.
- Day, N.J.S., Townsend, M.L. & Grenyer, B.F.S. (2020). Living with pathological narcissism: a qualitative study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7, 19. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00132-8>

De la Rubia, J.E., Sancho, P. y Cabañés, C. (2014). Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. *European Journal of Education and Psychology*, 4(2):131-140.

De Merriam, AP (1964). *La antropología de la música*. Evanston, IL: Northwestern University Press

De Oliveira, C.; Brandão, P.; Salgado, C.; Cabral, M.; Lanusse, F.; Catalayud, M.; Alves, D.; Souza, T. & Barroso, W. (2009). El efecto de la musicoterapia en la calidad de vida y en la presión arterial del paciente hipertenso. *Archivo Brasileño de Cardiología*, 93 (5), 524-529.

Decety, J. & Geichgerricht, E. (2013). Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burn-out, and Emotional Distressin. *Physicians Plosone* 8,4. doi:10.1371/journal.pone.0061526.

Del Moral, M. T., Mercadal-Brotons, M. & Sánchez-Prada, A. (2014). Music Therapy Research in Spain: A Descriptive Study. In J. Fachner, P. Kern & G. Tucek (Eds.). Proceedings of the 14 World Congress of Music Therapy. *Special Issue of the Music Therapy Today*, 10(1), 342-343

del Río, V. (2003). Intervención de musicoterapia en personas con autismo. In AAVV. *Musicoterapia 2002*. Madrid: Fundación Inocente. ASPA-CE-FEISD-CAU.

Díaz A. (2010). *El Narcisismo en la medicina contemporánea*. Ediciones Trilce.

Dotti, G. y Treas, J. (2016). Educational gradients in parents' child-care time across countries, 1965-2012. *Journal of Marriage and Family*. 78, 1083-1096.

Edición C. Valenciana (06 abril 2018). *Los musicoterapeutas dan los primeros pasos hacia su regulación en España*. Disponible en: <https://www.efe.com/efe/comunitat-valenciana/sociedad/los-usicoterapeutas-dan-primeros-pasos-hacia-su-regulacion-en-espana/50000880-3575246>

- Epp, K. (2012). Burnout in critical care nurses: a literature review. *Dynamics*, 23(4), 25-31.
- Fairbairn, W. R. D. (2019). ¿Qué es el superyó?. *Revista de psicoanálisis*, (86), 349-371.
- Fariña, C. (2011). Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. *Boletín ANM*, Año 3, N° 29, IV-32. Caracas (Venezuela): Academia Nacional de Medicina
- Farnese, M. L., Girardi, G., Fida, R., Bivona, U., Bartolo, M., De Tanti, A., ... & Antonucci, G. (2020). Caregivers' engagement during in-hospital care of sABI's patients: Evaluation of informal co-production from the health providers' perspective. *Health & Social Care in the Community*.
- Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia (FEAMT). (s/f). *Historia*. Obtenido de <http://feamt.es/historia/>
- FEDER (2010). *La familia: Principal fuente de apoyo social*. Professional Growing. https://blogs.comillas.edu/fei/wpcontent/uploads/sites/7/2018/06/Intervenci%C3%B3n-con-la-Familia-.docxD_.pdf
- Fernández-Isla, L. E., Conde-Valvis-Fraga, S., & Fernández-Ruíz, J. S. (2016). Grado de satisfacción de los cuidadores principales de pacientes seguidos por los equipos de cuidados paliativos. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 42(7), 476-481.
- Figley C. (2017). *Resiliencia a la fatiga por compassion*. DOI: 10.1093 / oxfordhb / 9780190464684.013.28
- Figley, C. (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. U.K.: T. & Francis, Ed
- Figley, C. R. (1997). *Burnout in families: The systemic costs of caring*. CRC Press.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.

Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. New York, NY; Brunner-Routledge.

Figley, C. R. (2013). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge.

Freud, S. (1914). *Introducción del Narcisismo. Obras completas (OC)*. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. *Obras completas*, 12, 145-157.

Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*, O. C., vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Friesz D. (2019). Reducing Compassion Fatigue in Hospice Nurses Through Education. Walden University.

Fubini, E. (1994). *La Estética Musical desde la Antigüedad hasta el siglo XX*. Madrid: Alianza Música. 6430. Disponible en: <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/6430/>

Gallagher R. (2013). Compassion fatigue. *Canadian Family Physician*, 59: 265-8.

Gálvez M, Gómez M, Martín M y Miembros del Proyecto HU-CI. (2017). Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuestas del proyecto HU-CI. *Med Segur Trab*, 63 (247):79-103.

Gasco, A. (2020). Musicoterapia para mujeres supervivientes de violencia de género y sus hijas e hijos. *Revista de Investigación en Musicoterapia*. 4, 21-43. <https://doi.org/10.15366/rim2020.4.002>

García-Moya, R., Atienza, M. y Gutiérrez, M. (2015). *Organización de la atención a las personas en situación de dependencia*. Editorial Paraninfo.

Geretsegger, M., Mössler, K.A., Bieleninik, Ł., Chen, X.J., Heldal, T.O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 5(5), CD004025.

- Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B.(2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*. Madrid: Pirámide.
- Gilmore, C. (2012). Compassion fatigue- what it is and how to avoid it. *Nursing New Zealand (Wwllington, N.Z.: 1995)*, 18(5), 32.
- Gómez-Romero M, Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla A, Flores-Nieto A, Garrido-Ardila E y González-López-Arza MV. (2017). Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. *Revisión sistemática. Neurología*, 32(4):253—263
- Gómez M. y Delgado Cristian (13 febrero 2018). Desigualdad social. La mujer dedica el doble de horas que el hombre al trabajo no pagado. *El País*. Disponible en: https://elpais.com/economia/2018/02/12/actualidad/1518462534_348194.html
- González C., Sánchez Y. y Loaiza G. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Dom. Cien.*, 4 (1): 483-498
- Gottfried, T., Oldfield, A., Gattino, G. S., & Carpentre, J. A. (2019). High functioning autism-do we need a different music therapy approach?. In *11 European Music Therapy Conference*.
- Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos- MUSPAL. (2017). Musicoterapia en cuidados paliativos: situación actual y registro de profesionales en España. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. [http://www.secpal.com/Documentos/Paginas/Musicoterapia%20en%20Cuidados%20Paliativos%20\(situacio%CC%81n%20actual%20y%20registro%20de%20profesionales%20en%20Espan%CC%83a\).pdf](http://www.secpal.com/Documentos/Paginas/Musicoterapia%20en%20Cuidados%20Paliativos%20(situacio%CC%81n%20actual%20y%20registro%20de%20profesionales%20en%20Espan%CC%83a).pdf)
- Grupo de trabajo de musicoterapia de a SECPAL (MUSPAL) Disponible en: https://www.secpal.com/grupos-de-trabajo_grupo-de-musicoterapia-1
- Guaglione, G. (26 de abril de 2014). *Creación de la Federación Española de Musicoterapia*. Obtenido de <https://www.musicoterapiabalea.com/2014/04/26/creaci%C3%B3n-de-la-federaci%C3%B3n-espa%C3%B1ola-de-musicoterapia/>

- Gutgsell, K. J., Schluchter, M., Margevicius, S., DeGolia, P. A., McLaughlin, B., Harris, M. & Wiencek, C. (2013). Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(5), 822- 831
- Hakvoort, L., Bogaerts, S., Spreen M. (Dys). (2012). Functional behavior in forensic psychiatric patients: Study of analogy between music therapy and group work. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4):304-313.
- Hannibal N, Pedersen IN, Hestbaek T, Sorensen TE, Munk-Jorgensen P. (2012). Schizophrenia and personality disorder patients' adherence to music therapy. *Nord J Psychiatry*, 66(6):376-379
- Haun, M., Mainous, R. & Looney, S. (2001). Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. *Behavioral Medicine*, 27(3), 127-32
- Hegney, D. G., Craigie, M., Hemsworth, D., Osseiran-Moisson, R., Aoun, S., Francis, K., & Drury, V. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *Journal of nursing management*, 22(4), 506-518.
- Henson, J. S. (2020). Burnout or Compassion Fatigue: A Comparison of Concepts. *Medsurg Nursing*, 29(2), 77-95.
- Hernández García, M. del C. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14(1), 53–70. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55811>
- Hernández, R, Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill
- Hevezi, JA. (2015). Evaluación de una intervención de meditación para reducir los efectos de los factores estresantes asociados con la fatiga por compasión entre las enfermeras. *J. Holist. Nurs.* doi: 10.1177 / 0898010115615981.

- Hilliard, R. (2006). The effect of music therapy sessions on compassion fatigue and team building of professional hospice caregivers. *The Arts in Psychotherapy*, 33(5), 395-401.
- Hofmann, P. B. (2009). Addressing compassion fatigue. The problem is not new, but it requires more urgent attention. *Healthcare executive*, 24(5), 40-42.
- Hopwood, T. L., Schutte, N. S., & Loi, N. M. (2019). Stress responses to secondary trauma: Compassion fatigue and anticipatory traumatic reaction among youth workers. *The Social Science Journal*, 56(3), 337-348.
- Hotchkiss, S. (2003). *Why is it always about you? The seven deadly sins of narcissism*. Free Press.
- Huggard, P., & Unit, G. (2013). A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2013, 37-44.
- Hunt, P., Denieffe, S., & Gooney, M. (2019). Running on empathy: Relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, 28(5), e13124.
- Jacobsen, S. L., Waldon, E., Gattino, G. S., Magee, W. L., Thomas, D., Carpentre, J. A., & Storm, S. (2019). International Music Therapy Assessment Consortium: Aims, awareness, and assets. In *The 2018 Annual Conference of the American Music Therapy Association*.
- Jiménez, A. M. B. (2020). Personalidad digital: los jóvenes a través de sus fotografías en redes sociales. *Las redes sociales como herramienta de comunicación persuasiva*, 229.
- Jiménez, P. (s/f). *Narcisismo versus Yo herido*. Disponible en: <http://www.gipab.org/wp-content/uploads/2016/01/Narcisismo-versus-yo-herido.pdf>

Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, González-López-Arza MV, Rodríguez-Domínguez MT y Prieto-Tato M. (2013). *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 48(5):238-242

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-118

Kanciper, L. (2010). *Resentimiento terminable e interminable*. Buenos Aires: Lumen.

Karanikola, M., Giannakopoulou, M., Mpouzika, M., Kaite, C. P., Tsiaousis, G. Z., & Papathanassoglou, E. D. E. (2015). Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit nurses: a systematic review of the literature. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 49(5), 847-57. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500020>

Kealy, D., Goodman, G., Rasmussen, B., Weideman, R., & Ogrodniczuk, J. S. (2017). Therapists' perspectives on optimal treatment for pathological narcissism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(1), 35.

Kernberg, O. (1997): *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico* (E. Abreu, Trad.). México, Paidós. (trabajo original publicado en 1975).

Kernberg, O. (1997): *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad* (J. Piatigorski, Trad.). México: Paidós (Trabajo original publicado en 1992).

Kernberg, O. (2007). "The almost untreatable narcissistic patient". *The Journal of American Psychoanalytic Association*, 55: 503-539.

Khan, N., Jackson, D., Stayt, L. & Walthall, H. (2019). Factors influencing nurses' intentions to leave adult critical care settings. *Nursing in critical Care*, 24(1). Doi : [10.1111/nicc.12348](https://doi.org/10.1111/nicc.12348)

Klein M. (1959). *Sobre el sentimiento de soledad*. Buenos Aires: Hormé.

- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Rohde, K.B., Sachse, R. (2018). The role of shame and self-compassion in psychotherapy for narcissistic personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(2), 272-282.
- La Biblia (2006). *Conferencia Episcopal Española*. Madrid: Verbo divino.
- Lacárcel M, J. (1990). *Musicoterapia en Educación Especial*. Murcia: Secretariado de publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Langaro, FN y Benetti, SPC (2014). Subjetividade contemporânea: narcisismo e estados afetivos em um grupo de adultos jovens. *Psicologia Clínica*, 26 (2).
- Lawendowski, R. y Bieleninik, L. (2017). Identity and self-esteem in the context of music and music therapy: a review. *Health psychology Report*, 5(2), 1-15. DOI: [10.5114/hpr.2017.64785](https://doi.org/10.5114/hpr.2017.64785)
- Lee E, Daugherty J, Eskierka K, Hamelin K (2019). Compassion Fatigue and Burn-out, One Institution's Interventions. *Journal Perianesthesia Nursing*. doi: 10.1016/j.jopan.2018.11.003
- León Sanz, M. (1991a). Literatura Médica Española sobre Musicoterapia en el Siglo XVIII. *Nasarre. Revista Aragonesa de Musicología*, 7(2).75-138
- Lerner, R. (2009). The object of my affection is in my reflection: coping with narcissists. *Healt Communications, Inc.*
- Levkovich, I., & Gada, A. (2020). "The Weight Falls on My Shoulders": Perceptions of Compassion Fatigue Among Israeli Preschool Teachers. *Asia-Pacific Journal of Research in Early Childhood Education*, 14(3).
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Weber, M., Reynoso, J., & Clarkin, J.F (2005). Attachment patterns in borderline personality disorder: Predictive and prescriptive psychotherapy implications. *Psychopathology* 38:64-74.

- Li A, Early S.F, Mahrer N.E, Klaristenfeld J.L, Gold J.I. (2014). Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and Burnout. *Journal of Professional Nursing*. 30(1): 89-99
- Lin ST, Yang P, Lai CY, Su YY, Yeh YC, Huang MF, et al. (2011). Mental health implications of music: insight from neuroscientific and clinical studies. *Harv Rev Psychiatry*, 19(1):34-46.
- Lindenfelser, K. J., Hense, C., & McFerran, K. (2012). Music therapy in pediatric palliative care: Family-centered care to enhance quality of life. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 29(3), 219-226
- Lipps, T. (1990). Aesthetische Einfühlung. *Zeitschrift für Psychologie*, 22, 415-450
- LLanes, J.C. (2016). Sobre la Herida Narcisista y el Trabajo de Duelo. *Revista Letra en Psicoanálisis*. 2(2):1-9
- Lorenzo, A., e Ibarrola, B. (2000). Modelo Humanista Transpersonal. En Betés, M. (Ed), *Fundamentos de Musicoterapia*. Madrid: Morata.
- Loroño, A. (Dir.). (2009). *Musica, terapia y comunicación*. *Revista de Musicoterapia* 29. Bilbao: Centro de Investigación Musicoterapéutica.
- Madsen, C.K., Madsen, C.H. Jr., & Cotter, V.A. (1968). A Behavioral approach to Music Therapy. *Journal of Music Therapy*, 5, 69-71.
- Magill, L. (2001). The use of music therapy to address the suffering in advanced cancer pain. *Journal of Palliative Care*, 17 (3), 167-72
- Marín-Tejeda, M. (2017). Prevención de Burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 117-123.
- Maslach C y Leiter M. (2016). Understanding the Burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15,103-111

- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *MBI: Maslach Burnout inventory*. Sunnyvale, CA: CPP, Incorporated.
- Mateos-Hernández, Luis A. (2011). Fundamentos en Musicoterapia. En: Mateos-Hernández, Luis A. (Coord.), *Terapias Artístico-Creativas*. Salamanca: Amarú.
- Mateos-Moreno D, Atencia-Doña L. (2013). Effect of a combined dance/movement and music therapy on young adults diagnosed with severe autism. *The Arts in Psychotherapy*, 40(5), 465-472
- Marsollier, R. (2021). Burnout y engagement en el análisis organizacional. Contribuciones y desafíos. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 5(8), 62-71.
- McCutcheon, L. E., Gillen, M. M., Browne, B. L., Murtagh, M., & Collisson, B. (2016). Intimate relationships and attitudes toward celebrities. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 10(1), 77-89.
- Mendes Barcellos LR. (2000). El modelo GIM: "Imágenes Guiadas con Música". En: Betés de Toro M, director. *Fundamentos de Musicoterapia*. Madrid: Morata.
- Mercadal-Brotons, M. (2011, July). *Music therapy in gerontology in Spain*. Paper presented at the 13th World Congress of Music Therapy, Seoul, Korea.
- Mercadal-Brotons, M. (2000). Modelo conductista. En Betés, M. (comp.). *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 309-317). Madrid: Ediciones Morata S.L.
- Mercadal-Brotons, Sabbatella & Del Moral (2015). La identidad del musicoterapeuta en España: Un estudio cualitativo. *Música Hodei*, 15(2), 9-21.
- Mercadal-Brotons, Sabbatella & Del Moral (2018). Perspectiva contemporánea de la Musicoterapia en España (2000-2018). *Sonograma: Revista de pensamiento musical*, 38.
- Millon, T. & Everly, S.E., Jr. (1985). *Personality and its disorders. A biological learning approach*. NY: John Wiley & Sons.

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). Notas de prensa. Continua la fase de revisión de los informes del Plan de Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias. <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notas-Prensa.do?id=4752>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (2018). *Plan para la protección de la salud frente a las pseudoterapias*. Disponible en: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj9tuPk2pXqAhUSTcAKHey0C2MQ-FjABegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.mscbs.gob.es%2FgabinetePrensa%2FnotaPrensa%2Fpdf%2F20181141118135247771.pdf&usg=AOvVaw2X4L7h7BTHKVe5o9zIHMsy>
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M.E., Rodríguez-Muñoz, A., & Garrosa, E. (2004). Secondary traumatic stress as psychosocial emergent risk. Trabajo presentado en la 18th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Helsinki, Finlandia.
- Morrison, A.P. (2011). The psychodynamics of shame. En R. L. Dearing y J. P. Tangney (Eds.), *Shame in the therapy hour* (pp. 23-43). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12326-001>
- Mosquera, D. (2008). Personalidades Narcisistas y Personalidades con Rasgos Narcisistas. *Revista Persona*, 8(2), 7-18.
- Mössler K, Chen X, Heldal TO, Gold C. (2012). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Data base Syst Rev*, 12. DOI: 10.1002 / 14651858.CD004025.pub3
- Mottaghi, S., Poursheikhali, H., & Shameli, L. (2020). Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress in nurses. *Nursing Ethics*, 27(2), 494-504.

- Muñoz Pólit, V. (2008). *Musicoterapia Humanista: un modelo de psicoterapia musical*. México: Ediciones Libra.
- Musicoterapeutas. (s. f.). <https://musicoterapeutas.wixsite.com/aemp/remta>. Recuperado 23 de julio de 2021, de <https://musicoterapeutas.wixsite.com/aemp/remta>
- Myers, L. (2020). *Female Church Leaders and Compassion Fatigue: A Qualitative Study* (Doctoral dissertation, Grand Canyon University).
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional Burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue. *Best Practices in Mental Health*, 6(2), 57-68.
- Nieto-Romero, R. M. (2017). Efectos de la musicoterapia sobre el nivel de ansiedad del adulto cardiópata sometido a resonancia magnética. *Enfermería universitaria*, 14(2), 88-96.
- O'Mahony, S., Ziadni, M., Hoerger, M., Levine, S., Baron, A., y Gerhart, J. (2017). Compassion Fatigue Among Palliative Care Clinicians. *The American Journal Of Hospice y Palliative Care*, 1049909117701695--1049909117701695. <https://doi.org/10.1177/1049909117701695>
- Okoli, C. T., Seng, S., Otachi, J. K., Higgins, J. T., Lawrence, J., Lykins, A., & Bryant, E. (2020). A cross-sectional examination of factors associated with compassion satisfaction and compassion fatigue across healthcare workers in an academic medical centre. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 476-487.
- Ortiz, F. & Sabbatella, P. (2011). Perfil Profesional del Musicoterapeuta en España: Resultados de Investigación. In: Sabbatella, P. *Actas del IV Congreso Nacional de Musicoterapia*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Palacios Sanz, J. I. (2001). El concepto de Musicoterapia a través de la historia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 42, 19-31.

- Pauletti, RE; Menon, M.; Menon, M.; Tobin, DD; Perry, DG (2012). Narcisismo y adaptación en la preadolescencia. *Desarrollo infantil*, 83 (3), 831-837.
- Paz, C.A. (1996). «Actuación» (acting-out): 1905-1996. Orígenes, evolución y alcances actuales de esta noción freudiana. *Revista de Psicoanálisis*. 24,167-180.
- Pena, B. F., Moreira, J. D. O., & Guerra, A. M. C. (2020). Superego in Freudian and Lacanian thoughts: from morality to amorality, a structural gluttony. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 23(1), 37-56.
- Pereyra, G. (2015). *Musicoterapia: Iniciación, técnicas y ejercicios*. Robinbook Ediciones.
- Perregrini, M. (2019). Combating compassion fatigue. *The Peer-Reviewed Journal of Clinical Excellence*, 49(2), 50-54.
- Pfaff, K. A., Freeman-Gibb, L., Patrick, L. J., DiBiase, R., y Moretti, O. (2017). Reducing the “cost of caring” in cancer care: Evaluation of a pilot interprofessional compassion fatigue resiliency programme. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 512–519.
- Poch Blasco, Serafina. (1999). *Compendio de Musicoterapia*. Volumen I-II. Barcelona: Herder.
- Poch, S. (1971). Conceptos musicoterapéuticos de autores españoles de pasado, válidos en la actualidad. *Anuario Musical*, 147-171.
- Poch, S. (2002). Introducción a la Musicoterapia. En ASPACE, FEISD y Confederación Autismo España (Eds.) *Musicoterapia 2002. Programa de Formación para mediadores en Musicoterapia y Discapacidad* (pp. 5-50). Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6823/musicoterapia.pdf>
- Poch, S. (2008). Rol del profesional musicoterapeuta. En Asociación Aragonesa de Musicoterapia, Actas del II Congreso Nacional de Musicoterapia. Formación, profesionalización e investigación en Musicoterapia (pp.54-57). Zaragoza: Estudio de Palabras.

- Poch, S. (2008a). Los profesionales Musicoterapeutas en España en la actualidad. En Actas del II Congreso Nacional de Musicoterapia. Formación, profesionalización e investigación en Musicoterapia (pp.110-114). Zaragoza: Estudio de Palabras.
- Poch, S. (2013). Estado actual de la Musicoterapia. En Autor, *Musicoterapia en Psiquiatría* (pp.45-64). Barcelona: Editorial Médica Jims. Running Head.
- Poch, S., & Del Campo, P. (1993). Musicoterapia en España. En C. M Dileo (Ed.): *perspectivas internacionales de musicoterapia*. Pennsylvania: Jeffrey Books.
- Pool, J., & Odell-Miller, H. (2011). Aggression in music therapy and its role in creativity with reference to personality disorder. *The Arts in Psychotherapy*, 38(3), 169-177.
- Potter P., Deshields T., Berger JA, Clarke M., Olsen S., Chen L. (2013). Evaluación de un programa de resistencia a la fatiga por compasión para enfermeras de oncología. *Oncol. Nurs. Foro*. 40, 180-187. doi: 10.1188 / 13.ONF.180-187.
- Priestley, M. (1994). *Essays on Analytican Music Therapy*. Phoenix Ville (USA): Barcelona Publishers.
- Proyecto de conciencia sobre la fatiga por compasión (2017). *Reconociendo la fatiga por compasión*. Obtenido <http://www.compassionfatigue.org/pages/symptoms.html>
- Rawls, B. (2019). *Secondary Traumatization in Bereavement Doulas: A Thematic Analysis of Burnout, Compassion Fatigue and Satisfaction* (Doctoral dissertation, Robert Morris University).
- Registro Español de Musicoterapeutas Profesionales (REMTA): Adaptación del Registro Europeo de Musicoterapeutas (EMTR) (2011). En P. Sabbatella, (coord.), *Identidad y Desarrollo Profesional del Musicoterapeuta en España*. Actas del III Congreso Nacional de Musicoterapia. Granada: Grupo Editorial Universitario

- Registro Europeo de Musicoterapeutas. En *Actas del II Congreso Nacional de Musicoterapia. Formación, profesionalización e investigación en Musicoterapia* diciembre 2010 (pp.103-106). Zaragoza: Estudio de Palabras.
- Rodríguez, M. y Valdivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141-146.
- Rodríguez, A., Jarillo, E., Casas, D. (2018). La consulta médica, su tiempo y duración. *Medwave* 18(5):e7264 doi: 10.5867/medwave.2018.05.7264
- Rolando Benenzon: “*La musicoterapia*”. (16 de mayo de 2012). Obtenido de http://publi-webs.com/benzenzon/images/entrevista_bemenzon.pdf
- Ronningstam, E. (2019). Narcissism and Its Discontents: Diagnostic Dilemmas and Treatment Strategies With Narcissistic Patients. *Journal of Psychiatric Practice®*, 25(3), 239-240.
- Rothschild, B. (2006). Help for the helper: the Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma. New York: W.W. Norton y Company.
- Rowe, M. (2013). Long shifts are a factor in apathy, compassion fatigue and poor care. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 27(51), 32-32.
- Russell E. (2006). The effect of music therapy sessions on compassion fatigue and team building of professional hospice caregivers. *The Arts in Psychotherapy*. 33(5): 395-401.
- Russo, C., Aukhojee, P., Tuttle, B. M., Johnson, O., Davies, M., Chopko, B. A., & Papazoglou, K. (2020). Compassion fatigue & Burnout. In *POWER* (pp. 97-115).
- Ruud, E. (1990). *Los caminos de la musicoterapia. La musicoterapia y su relación con las teorías terapéuticas actuales*. Rosario (Argentina): Editorial Bonum.

- Sabbatella P. (2010). Registro Español de Musicoterapeutas (REMTA): Adaptación del Registro Europeo de Musicoterapeutas (EMTR). In book: *Identidad y Desarrollo Profesional del Musicoterapeuta en España. Actas del III Congreso Nacional de Musicoterapia Publisher*. Grupo Editorial Universitario. Editors: Patricia L. Sabbatella
- Sabbatella, P. (2003). *Musicoterapia Aplicada: Metodología y Evaluación en Parálisis*
- Sabbatella, P. (2004). Music Therapy in Spain. Voices: A World Forum for Music Therapy. Retrieved from http://www.voices.no/country/monthspain_march2004.html
- Sabbatella, P. (2005). Music Therapy Training within the Europe an Higher Education System: A Survey on Music Therapy Training Courses in Spain. In: Aldridge, D.; Fachner, J. & Erkkilä, J. (eds) *Many Faces of Music Therapy- Proceedings of the 6th European Music Therapy Congress*, June 16-20, 2004 Jyväskylä, Finland. Music Therapy Today, 6 (4). Retrieved from: http://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/archive/stuff/reports/Proceedings_Screen.pdf#page=25
- Sabbatella, P. (2008). Formación y Profesionalización del Musicoterapeuta en España: Perspectivas ante el Espacio Europeo de Educación Superior y el Registro Europeo de Musicoterapeutas. En *Actas del II Congreso Nacional de Musicoterapia. Formación, profesionalización e investigación en Musicoterapia* (pp.103-106). Zaragoza: Estudio de Palabras.
- Sabbatella, P. L. (2007). Musicoterapia como disciplina universitaria en España: Perspectivas ante el Espacio Europeo de Educación Superior. En S. Poch (Dir.), *Actas del I Congreso Nacional de Musicoterapia*. El musicoterapeuta, un profesional para el S. XXI (pp.97-104). Sant Esteve Sesrovires (Barcelona): Patronat Municipal de l'Ajuntament de St. Esteve Sesrovires.
- Sabbatella, P. y Mercadal-Brotons, M. (2014). Perfil profesional y laboral de los musicoterapeutas españoles: Un estudio descriptivo. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 17, 6-16

- Sabbatella, P., Mercadal-Brotons, M. & Del Moral, M. T. (2017). Descriptive Research in Music Therapy in Spain. In M. Mercadal-Brotons & A. Clements-Cortes (Eds.). *Proceedings of the 15 World Congress of Music Therapy. Special Issue of Music Therapy Today* 13(1), 138-139
- Sabo, B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work?. *International journal of nursing practice*, 12(3), 136-142.
- Sacco, T. L., & Copel, L. C. (2018, January). Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. In *Nursing forum*. 53(1), 76-83.
- Sammartino, E. (2012). Are you at risk for compassion fatigue? *Michigan Nurse*, 2. <http://www.minurses.org/news-and-events/p/openItem/5330>
- Sánchez, J. M. P. (2007). Cómo intervenir en las disfunciones emocionales de los profesionales sanitarios. *Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención*, (42), 32-42
- Sansó N. (2016). Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos. Variables moduladoras y consecuentes. (Tesis Doctoral). Universitat de les Illes Balears
- Schapira D. (2002). *Musicoterapia: facetas de lo inefable*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Schapira, D. (1993). *Saber o no saber. El problema de la Teoría en Musicoterapia*. Ponencia presentada al VII Congreso Mundial de Musicoterapia (Vitoria-Gasteiz, España).
- Schawrcz, V. (2002). La musicoterapia: análisis de definiciones, caracterización de su campo de especificidad. *Portal de revistas científicas y arbitradas de la UNAM* 3 (2), 35-52.

- Serra Vila, M. (2013) *Comparación del efecto de una intervención con musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la sesión de quimioterapia: Un análisis cuantitativo y cualitativo*. Tesis Doctoral. Universitat Ramon Llull. Barcelona.
- Showalter, S. E. (2010). Compassion fatigue: What is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 27(4), 239-242.
- Silverman MJ, Rosenow S. (2013). Immediate quantitative effects of recreational music therapy on mood and perceived helpfulness in acute psychiatric inpatients:
- Silverman, M. (2003). The Influence of Music on the symptoms of psychosis: A metal-analys. *Journal of Music Therapy*, 40(1), 27-40.
- Skodol A.E, Bender, D.S., Oldham, J.M., Clark, L.A., Morey, L.C., Verheul, R., Krueger, R.F., y Siever L.J. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part II: clinical application. *Journal of Personality Disorders*, 7, 23-40.
- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. W., Carson, A., & Kazanjian, A. (2013). Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and Burnout: A survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative medicine*, 27(2), 172-178.
- Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B., & Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing & health sciences*, 16(1), 3-10.
- Sodeke-Gregson EA, Holtum S, Billings J. (2013). Compassion satisfaction, Burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *Eur J Psychotraumatol*, 30 (4). doi: 10.3402/ejpt.v4i0.21869. PMID: 24386550; PMCID: PMC3877781.

- Solanki MS, Zafar M, Rastogi R. (2013). Music as a therapy: Role in psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*, 6 (3):193-199.
- Sorenson, C., Drummond, M., Kanavos, P., & McGuire, A. (2008). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- Stamm, B. (2010). *The concise manual for the professional quality of life scale*. The ProQOL. Pocatello, ID: ProQOL.org; 2009. Vachon MLS.
- Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL manual: The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, Burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales*. Baltimore, MD: Sidran.
- Stamm, B.H. (2016). *The secondary effects of helping others: A comprehensive bibliography of 2017 scholarly publications using the terms compassion fatigue, compassion satisfaction, secondary traumatic stress, vicarious traumatization, vicarious transformation and ProQOL*. Disponible en: <http://ProQOL.org>
- Standley, J.M. (2010). Investigación sobre música en el tratamiento médico. En P. Martí & M. Mercadal-Brotons, *Musicoterapia en medicina. Aplicaciones prácticas* (pp. 1-63), Barcelona: Editorial Médica JIMS, SL
- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Smith, S. M., ... & Grant, B. F. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(7), 1033.
- Strehlow, G. & Lindner, R. (2016). Music therapy interaction patterns in relation to borderline personality disorder (BPD) patients. *Nordic Journal of Music Therapy* 25(2), 134–158. doi:10.1080/08098131.2015.1011207.

- Sung HC, Lee WL, Li TL, Watson R. (2012). A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal Geriatric Psychiatry*. 27(6):621-627.
- Teirich, H. (ed.)(1958). *Musik in der Medizin*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Thompson, I. A., Amatea, E. S. y Thompson, E. S. (2014). Personal and contextual predictors of mental health counselors' compassion fatigue and Burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 36 (1), 58-77
- Tobia, D., Shamos, E., Harper, D., Walch S., Currie, J. (1999). The benefits of group music at the 1996 music weekend for women with cáncer. *Journal of Cancer Education*, 14(2), 115-9
- Toro, M. I. B., Higuera, J. C. B., & Durban, M. V. (2019). Elementos potenciadores de la satisfacción por compasión en profesionales sociosanitarios. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 35(2), 323-331.
- Torres, E. (2015a). *Effectiveness of GrpMI with fibromyalgia patients*. Doctoral dissertation. Aalborg University, Denmark. Disponible en: http://vbn.aau.dk/files/225519272/Esperanza_Torres_Serna_E_pdf.pdf
- Torres, E. (2015b). Group Music and Imagery (GrpMI) for treating fibromyalgia: Listening to oneself as a path of opening and transformation. In Grocke D., & Moe, T. (eds.). *Guided Imagery and Music (GIM) and music imagery methods for individual and group therapy* (pp. 267-275). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Trechera JL, Millán G y Fernández E. (2008). Estudio empírico del trastorno narcisista de la personalidad (TNP). *Acta Colombiana de psicología*, 11(2), 25-36.
- Trondalen, G. & Bonde, L.O. (2012) Music therapy: models and interventions. In: MacDonald, R., Kreutz, G. & Mitchell, L. (eds) *Music, health and wellbeing*. New York: Oxford University Press, 40-64

- Trueland J. (2013) The war on stress. *Nursing Stand*, 28 (2): 18-20.
- Turgoose, D., & Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review. *Traumatology*, 23(2), 172.
- Universidad Nacional de Colombia (2018). *La música ayuda a prevenir la reincidencia en las drogas*. Agencia de Noticias UN. Artes & Culturas. <https://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/la-musica-ayuda-a-prevenir-reincidencia-en-las-drogas.html>
- Ureña, A., García, T. y Jonaico, B. (2017). Síndrome de Fatiga Crónica y sus factores asociados en el personal de enfermería en un Hospital de Segundo Nivel. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 7(1), 10-15.
- Utrera, E. Aguilera, M.J. y Ruiz, G. (2015). Efectos de la Musicoterapia en pacientes con esquizofrenia. *Boletín Psicoevidencias* n°43 ISSN 2254-4046
- Vernia A. (2014). El ritmo a través del cuerpo como herramienta de aprendizaje musical. La competencia rítmica. *Quaderns Digitals*, 78 Disponible en: [http://www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.VisualizaNumeroR ...](http://www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.VisualizaNumeroR...)
- Vidal-Blanco, G., Oliver, A., Galiana, L., & Sansó, N. (2019). Calidad de vida laboral y autocuidado en enfermeras asistenciales con alta demanda emocional. *Enfermería Clínica*, 29(3), 186-194.
- Wang C, Sun Y, Zang H. (2014). Music therapy improves sleep quality in acute and chronic sleep disorders: A meta-analysis of 10 randomized studies. *International Journal Nursing Studies*, 51(1):51-62.
- Wardetzki, B. (2012). El amor Vanidoso. Cómo fracasan las relaciones narcisistas. Desclée de Brouwer, S.A.
- Watson, JM (2012). Educar al extrovertido desagradable: narcisismo, los cinco grandes rasgos de personalidad y orientación a la meta de logro. *Revista Internacional de Enseñanza y Aprendizaje en la Educación Superior*, 24 (1), 76-88.

- Wetzel, E., Grijalva, E., Robins, R., Brent, R. (2020). You're Still so Vain; Changes in Narcissism from Young Adulthood to Middle Age. *Journal of Personality and Social Psychology*, 119(2), 479-496
- Wigram, T., Pedersen, I. N., y Bonde, L. O. (2005). *Guía completa de musicoterapia: teoría, práctica clínica, investigación y formación*. Vitoria- Gasteiz: AgrupArte Producciones.
- Wilczek, E. (2011). Empathy vs. Professional Burnout in Health Care Professionals. *Journal of US-China Medical Science*, 8 (9) 526-532
- Willi, J. (1993). *La pareja humana: relación y conflicto*. Edicionaes Morata.
- Winnicott, D. (1974). Temor al derrumbe. *Psicoan.* 4 (2):269-280
- Yáñez, B. (2011). Musicoterapia en el paciente oncológico. *Cultura de los cuidados*, 15 (29), 57- 73.
- Yoder, E.A. (2010) Compassion fatigue in nurses. *Appl Nurs Res*, 23(4):191-7.
- Yun, H. J., & Hyun, M. H. (2018). The Influence of Covert Narcissistic Tendency on Interpersonal Satisfaction: The Mediating Effect of Ambivalence over Emotional Expressiveness. *Korean Journal of Stress Research*, 26(4), 332-339.
- Zabalza, S. (2019). El cuerpo: más allá del falo, la imagen y la castración. *Psicoanálisis En La Universidad*, (3), 113-121.
- Zachary, K. (2019). The effects of Music Therapy on Individuals Suffering from Psychiatric Disorders: A Literature Review and Look into Future Prospects. *Musical Offerings*: 10(2), 61-80. DOI: 10.15385/jmo.2019.10.2.2

XI. ANEXOS

Anexo 1. Variables sociodemográficas

ANEXO III: Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales.
 RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, LABORALES Y RECURSOS PERSONALES.

Datos sociodemográficos	
Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer	Edad: ☐ 18-19 ☐ 20-29 ☐ 30-39 ☐ 40-49 ☐ 50-59 ☐ 60 ó más
Estado Civil: ☐ Sin pareja. ☐ Con pareja estable. ☐ Sin pareja estable. ☐ Casado /a - Pareja de hecho. ☐ Viudo /a sin pareja (desde hace menos de 2 años).	Nº de hijos conviviendo en domicilio familiar: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Más de 3
Nivel de estudios de Musicoterapia ☐ Máster Universitario en Musicoterapia(60ECTS) ☐ Licenciatura en Musicoterapia (Extranjera) ☐ Otro..... (Especificar)	Además de hijos, tiene a su cargo a algún otro miembro familiar en su domicilio: ☐ Sí, de manera habitual. ☐ Sí, de manera intermitente. ☐ No.
Comunidad autónoma de trabajo: ☐ Andalucía ☐ Aragón ☐ Asturias ☐ Cantabria ☐ Castilla La Mancha ☐ Castilla y León ☐ Cataluña ☐ Ceuta ☐ Extremadura ☐ Galicia ☐ Islas Baleares ☐ Islas Canarias ☐ La Rioja ☐ Madrid ☐ Melilla ☐ Murcia ☐ Navarra ☐ País Vasco ☐ Valencia	

Tipología de centro de trabajo (Señale la que corresponda) ☐ Público ☐ Privado ☐ Ong.	¿Acudes a cursos de formación? ☐ Sí ☐ No Nº de pacientes individuales con los que trata de manera semanal(indica el número): Nº de pacientes grupales con los que trata de manera semanal(indica el número):
¿Compatibiliza su profesión con otro/s trabajos fuera de la Musicoterapia? ☐ Sí, de manera habitual. ☐ Sí, ocasionalmente. ☐ No.	¿Ha estado de baja laboral en el último año por motivos laborales? ☐ Sí, en 1 ocasión. ☐ Sí, en 2 ocasiones. ☐ Sí, en 3 ocasiones ó más. ☐ No. ☐ Sí, pero por motivos personales. Nº de días totales de baja en el último año: _____
En los últimos 2 años, ¿ha estado en situación de paro? ☐ Sí. ☐ No.	¿Cuándo fue la última vez que solicitó vacaciones en el trabajo? ☐ Hace _____.
¿Cuánto tiempo estuvo en el paro en los 2 últimos años? _____.	¿Cuánto tiempo estuvo de vacaciones? ☐ Menos de 1 semana. ☐ 1 semana. ☐ 2 semanas. ☐ 3 semanas. ☐ 1 mes. ☐ Más de 1 mes.
¿Comparte profesión (no necesariamente mismo lugar de trabajo) con su pareja? ☐ Sí. ☐ No.	
En el último año, ¿ha pensado seriamente en abandonar su trabajo? ☐ Sí. ☐ No.	En el último año, ¿ha iniciado la búsqueda de otro trabajo? ☐ Sí. ☐ No.
¿Mantiene la misma ilusión por su trabajo que cuando comenzó? ☐ Sí. ☐ No, ha aumentado. ☐ No, ha disminuido.	¿Frecuentemente toma psicofármacos recetados médicamente? ☐ Sí. ☐ No.

A nivel laboral, ¿se siente valorado: ☐ SÍ ☐ NO Los pacientes a los que cuido/trato? ☐ SÍ ☐ NO Los familiares de los pacientes a los que cuido/trato? ☐ SÍ ☐ NO Por mis compañeros/as de trabajo? ☐ SÍ ☐ NO Por el/a director/a de mi centro si lo hubiera?	En el último año, ¿ha consultado con algún profesional para tratar alguna dolencia relacionada con su trabajo? ☐ Sí, con el médico de cabecera. ☐ Sí, con un médico especialista. ☐ Sí, con un psicólogo. ☐ Sí, con un fisioterapeuta. ☐ Musicoterapeuta ☐ No.
¿Sueles trabajar en pareja terapéutica? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces	¿Has sentido la necesidad de derivar y/o abandonar a algún paciente/usuario por el impacto emocional durante el proceso musicoterapéutico? ☐ Sí ☐ No
Como Musicoterapeuta ¿consideras que puedes ayudar a cualquier paciente que precise tu intervención? ☐ Si ☐ No	¿Sientes el deseo de ayudar al paciente en la mejora de su calidad de vida? ☐ Si ☐ No
Durante el proceso musicoterapéutico con uno o varios pacientes, ¿te sientes identificado con situaciones personales o familiares propias? ☐ Si ☐ No	¿Sueles compartir momentos de ocio con tus pacientes/usuarios? ☐ Si ☐ No ☐ A veces
En la relación Musicoterapéutica consideras que desempeñas un papel de... (Señala 1 ó varias si es así): ☐ Cuidador ☐ Padre/Madre ☐ Hermano/a ☐ Amigo/a ☐ Paciente ☐ Otro. _____	Considero que... ☐ Los pacientes me aportan más de lo que yo les apporto a ellos. ☐ Yo les apporto a ellos más de lo que ellos me aportan a mi ☐ Me aportan lo mismo que yo les apporto a ellos.

Con respecto a los pacientes/usuarios, me siento... ☐ En condición de superioridad ☐ En condición de inferioridad ☐ En condiciones de igualdad	Con respecto a otros profesionales socio-sanitarios/educativos, me siento... ☐ En condición de superioridad ☐ En condición de inferioridad ☐ En condición de igualdad
En alguna ocasión ¿has conectado tanto con el paciente/usuario que has sentido la misma emoción que estaba expresando o sintiendo durante la intervención musicoterapéutica? ☐ Si ☐ No	¿Te formaste como Musicoterapeuta para...? Señala 1 ó varias si es así: ☐ Satisfacción personal ☐ Ayudar a los demás ☐ Como complemento a mi formación musical/ terapéutica/ otras ☐ Para que se reconozca mi aporte en la sociedad.
¿Te has sentido atraído/a por algún paciente/usuario durante el proceso musicoterapéutico? ☐ Si ☐ No	Cuando llegas a casa después de un día de trabajo como musicoterapeuta, ¿revives, sientes emociones vividas por tus pacientes/usuarios? ☐ Si ☐ No

Datos recursos personales.	
¿Padece alguna enfermedad crónica? ☐ Sí. ☐ No.	¿Realiza alguna actividad de manera consciente para evadirse de su trabajo? ☐ Sí. ☐ No.
En el último mes, ¿ha practicado alguna de las siguientes acciones? Señala 1 ó varias si es así: ☐ Relajación. ☐ Musicoterapia ☐ Yoga ☐ Mindfulness ☐ Minimeditación. ☐ Identificación de emociones.	En caso afirmativo, ¿qué actividad/es? (Se incluyen actividades de ocio) ☐ _____. ☐ _____. ☐ _____. ☐ _____.
☐ Gestión de emociones. ☐ Escritura reflexiva. ☐ Actividades de autocuidado. ☐ Actividades de formación continua de manera voluntaria. ☐ Retiros especializados. ☐ Talleres de autocuidado. ☐ Talleres de intervención de equipo. ☐ Escapada de viaje. ☐ Queda con amigos no relacionados con mi trabajo. ☐ Quedada con familiares.	¿Con qué frecuencia a la semana? ☐ 1 hora semanal. ☐ 2 horas/semana. ☐ 3 horas/semana. ☐ 4 horas/semana. ☐ 5 horas/semana. de 5 horas/semana.
Con respecto a la pregunta anterior, ¿con qué frecuencia a la semana? ☐ Lo hice de manera aislada. ☐ 1 hora semanal. ☐ 2 horas/semana. ☐ 3 horas/semana. ☐ 4 horas/semana. ☐ 5 horas/semana. ☐ Más 5 horas/semana.	¿Frecuentemente toma psicofármacos recetados médicamente? ☐ Sí. ☐ No.
¿Qué tipo de terapia? ☐ Musicoterapia ☐ Psicoterapia ☐ Otras	¿Asistes a terapia personal de manera regular? ☐ Si ☐ No

Anexo 2. Cronograma

	2017												2018												Nov/Di c
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Búsqueda bibliográfica																									
Selección, análisis, interpretación y síntesis documental de antecedentes																									
Diseño de cuestionarios																									
Elaboración Memoria-Proyecto de Tesis Doctoral																									
Envío de documentación y permisos Comité de Ética UEX																									
Inicio de la investigación: información, selección de la muestra y entrega de documentación para recogida de datos																									
Recopilación de datos: tratamiento y ordenación de datos obtenidos																									
Análisis estadístico de los datos																									
Interpretación de los resultados																									
Redacción final de la investigación y extracción de conclusiones																									

	2019												2020											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov/ Dic	
Búsqueda bibliográfica																								
Selección, análisis, interpretación y síntesis documental de antecedentes																								
Diseño de cuestionarios																								
Elaboración Memoria-Proyecto de Tesis Doctoral																								
Envío de documentación y permisos Comité de Ética UEX																								
Inicio de la investigación: información, selección de la muestra y entrega de documentación para recogida de datos																								
Recopilación de datos: tratamiento y ordenación de datos obtenidos																								
Análisis estadístico de los datos																								
Interpretación de los resultados																								
Redacción final de la investigación y extracción de conclusiones																								

	2021											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Búsqueda bibliográfica												
Selección, análisis, interpretación y síntesis documental de antecedentes												
Diseño de cuestionarios												
Elaboración Memoria-Proyecto de Tesis Doctoral												
Envío de documentación y permisos Comité de Ética UEX												
Inicio de la Investigación: información, selección de la muestra y entrega de documentación para recogida de datos												
Recopilación de datos: tratamiento y ordenación de datos obtenidos												
Análisis estadístico de los datos												
Interpretación de los resultados												
Redacción final de la investigación y extracción de conclusiones												

Anexo 3. Carta de presentación

ANEXOS

ANEXO I: CARTA DE PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO



Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica
Facultad de Medicina.
Av. de Elvas, s/n.
06071 Badajoz
924 28 94 66. Ext. 86150

CUADERNO DE DOCUMENTOS Y CUESTIONARIOS

El presente “Cuaderno de documentos y cuestionarios” consta de una relación de escritos y formularios necesarios para efectuar el estudio de investigación titulado: “Estudio comparativo entre el síndrome fatiga de la compasión y el narcisismo en musicoterapeutas de España y su relación con el furor curandis”, cuyo objetivo principal es determinar la prevalencia de fatiga de la compasión y el narcisismo entre los profesionales Musicoterapeutas que están en activo en España. Se trata de un estudio de investigación epidemiológico transversal, descriptivo y analítico al cual se le invita a participar.

Los investigadores de este estudio son Antonia de la Torre Rísquez, Juan Rodríguez Mansilla y María Isabel Ramos Fuentes. Si decide participar, la investigadora principal puede ser contactada en cualquier momento en el siguiente teléfono, a fin de recabar información acerca del proyecto y en la siguiente dirección:

Antonia de la Torre Rísquez
Av. 28 de Febrero nº.44
14007 Córdoba
investimut.psicolab@gmail.com
615044390

Asimismo, si desea participar, debe **leer antes este documento**, efectuar todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo y **firmar el modelo de consentimiento informado tras su lectura**.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Usted puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

El presente “Cuaderno de documentos y cuestionarios” consta de:

- Carta de presentación del estudio (Anexo I).
- Hoja de consentimiento informado para participar en este estudio (Anexo II).
- Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales (Anexo III).
- Dos cuestionarios validados autoadministrados, la Escala sobre la calidad de vida profesional (ProQOL) en su última versión 5 (Stamm; 2009) traducida al castellano, y la Escala de Personalidad Narcista (NPI).

Es fundamental que responda a los mismos con absoluta sinceridad y exactitud, esforzándose por conseguir la mayor precisión en sus respuestas. Toda la información que usted proporcione, tendrá carácter confidencial y solo será utilizada con fines de investigación.

Una vez relleno, doble el cuaderno, introdúzcalo en el sobre adjunto, ciérrelo convenientemente para preservar la confidencialidad de los datos reflejados en el mismo y entrégalo a la dirección de su centro para su posterior recogida en persona por la investigadora principal.

¡Muchas gracias por su colaboración!

CLAVE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

TELÉFONO:

Anexo 4. Consentimiento informado

ANEXO II: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL SINDROME FATIGA DE LA COMPASION Y EL NARCISISMO EN MUSICOTERAPEUTAS DE ESPAÑA Y SU RELACIÓN CON EL FUROR CURANDIS

Participante:

Participante ID#:

Investigadores: ANTONIA DE LA TORRE RÍSQUEZ, JUAN RODRÍGUEZ MANSILLA, MARÍA ISABEL RAMOS FUENTES.

LEA DETENIDAMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO Y ASEGÚRESE QUE ENTIENDE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. POR FAVOR SI ESTÁ DE ACUERDO EN PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO, FIRME ESTE DOCUMENTO. POR SU FIRMA RECONOCE QUE HA SIDO INFORMADO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO, DE SUS REQUISITOS Y SUS RIESGOS Y QUE ACEPTA LIBREMENTE PARTICIPAR EN ÉL. UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO LE SERÁ ENTREGADA.

OBJETO DEL ESTUDIO.

Ha sido invitado/a a participar en un estudio de investigación dirigido a Musicoterapeutas titulados en activo que:

- a) Tengan 18 o más años de edad;
- b) Musicoterapeutas titulados;
- b) Cuenten con más de 1 año de experiencia laboral;
- d) se encuentren motivados en participar y;
- e) den su consentimiento informado.

Los objetivos del estudio son:

- **Objetivo principal:** Determinar la prevalencia de fatiga de la compasión y del narcisismo en musicoterapeutas titulados y en activo en España y relacionarlo con conceptos psicoanalíticos como el furor curandis.
- **Objetivos secundarios:** Determinar la prevalencia de fatiga de la compasión y el narcisismo entre los profesionales musicoterapeutas que están en activo en España. Identificar si existe relación entre la fatiga de la compasión y el narcisismo “furor curandis” en los mencionados profesionales. Establecer relación entre los conceptos “furor curandis” y “omnipotencia” con los resultados del narcisismo en los profesionales. Determinar la relación entre la fatiga de la compasión y el narcisismo si la hubiere. Analizar las relaciones existentes entre los resultados obtenidos de la fatiga de la compasión y del narcisismo de los profesionales citados.

PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN DEL ESTUDIO.

El único procedimiento al que será sometido/a será a la lectura de la carta de presentación, lectura del presente modelo de consentimiento informado y su posterior firma si desea participar, junto con la cumplimentación de tres cuestionarios autoadministrados: 1) Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales. 2) Escala sobre la calidad de vida profesional (ProQOL versión 5). 3) Escala de Personalidad Narcista (NPI). La duración total del proyecto se ha estimado en 12 meses. El tiempo de recogida de datos durará en total 3 meses, durante los cuales usted nos autoriza a poder pasarle los citados cuestionarios, que serán analizados estadísticamente en una fase posterior. Los cuestionarios rellenos serán utilizados exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro.

RESULTADOS DEL ESTUDIO.

Al finalizar el estudio se le informará del resultado global del mismo si usted lo desea, pero NO de su resultado personal, que se tratará con total confidencialidad de acuerdo con la Declaración de Helsinki y la Ley 14/2007, de Investigación biomédica.

RIESGOS DERIVADOS DE LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

No existen riesgos asociados a la cumplimentación de los cuestionarios.

BENEFICIOS.

La participación en el proyecto no será recompensada económicamente. Aparte de lo comentado anteriormente, se estima que el desarrollo del estudio en el que participará, comportará beneficios a medio plazo en la prevención de la fatiga de la compasión y factores que intervienen en la relación terapeuta-paciente en musicoterapeutas en activo, al permitir el conocimiento sobre la etiología de dichos fenómenos así como de los factores de riesgo susceptibles de ser modificados, lo que puede redundar en una mejora de la calidad de vida de los usuarios/pacientes, de los profesionales asistenciales y por ende, de la calidad de la atención sanitaria.

COSTES.

Su participación en el estudio cumplimentando los cuestionarios no le supondrá ningún coste.

La investigadora principal, Antonia de la Torre Rísquez, puede ser contactada en cualquier momento en el siguiente teléfono, a fin de recabar información acerca del proyecto y en la siguiente dirección:

Antonia de la Torre Rísquez
Av. 28 de Febrero nº.44
14007 Córdoba
investimut.psicolab@gmail.com
615044390

CONFIDENCIALIDAD DE SU MUESTRA.

De acuerdo con la normativa legal vigente, los resultados de los cuestionarios se tratarán con total confidencialidad. El protocolo de recogida de datos será archivado, y a cada participante se le asignará una clave de tal modo que no pueda relacionarse el cuestionario e información obtenida con la identidad del sujeto. Los cuestionarios serán anonimizados, asegurando la imposibilidad de inferir su identidad, para su estudio y potencial análisis ulterior.

El investigador principal del proyecto se compromete a que la confidencialidad de los datos que se puedan obtener en dicho proyecto será escrupulosamente observada, y que los datos personales de los sujetos participantes no serán conocidos por los investigadores del proyecto.

El investigador principal del proyecto se compromete a no utilizar los cuestionarios para otros estudios diferentes a los de este proyecto y a no traspasar los cuestionarios a otros posibles proyectos o equipos de investigación.

Para todo lo no previsto en este documento, se aplicará la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE 274 de 15 de noviembre de 2002; Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; BOE 298 de 14 de diciembre de 1999; Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, BOE 17 de 19 de enero de 2008), sobre investigación biomédica (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica; BOE 159 de 4 de julio de 2007) y cualquier otra que resultara aplicable.

Los resultados del estudio pueden ser publicados en revistas científicas o publicaciones de carácter general. No obstante, la información concerniente a su participación será mantenida como confidencial.

Recibirá una copia de esta hoja de información y del consentimiento informado firmado por usted.

DECLARACIÓN DEL DONANTE.

He sido informado por el personal relacionado con el proyecto mencionado:

De las ventajas e inconvenientes de este procedimiento.

Del fin para el que se utilizarán los cuestionarios que he rellenado.

He sido informado de que los cuestionarios rellenos serán utilizados exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro.

Que mis cuestionarios rellenos serán proporcionadas de forma anónima a los investigadores del proyecto.

Que en cualquier momento puedo solicitar información genérica sobre los estudios para los que se han utilizado los cuestionarios que he rellenado

Que he comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Usted tiene derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento.

SE ME HA PROPORCIONADO COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO. ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Nombre del participante:

_____ DNI: _____ Firma: _____

Declaración del profesional de salud médica de que ha informado debidamente al participante.

Nombre: ANTONIA DE LA TORRE RÍSQUEZ Firma

ESCALA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL (ProQOL)

Satisfacción de la Compasión y Fatiga de la Compasión (ProQOL) Versión 5 (2009)

[Ayudar] a otros le sitúa en contacto directo con sus vidas. Como usted habrá podido descubrir, su compasión por aquellos a los que [ayuda] puede afectarle de manera positiva y negativa. A continuación, quisiéramos hacerle varias preguntas acerca de sus experiencias, tanto positivas como negativas, como [profesional asistencial que se dedica al cuidado de personas]. Considere cada una de las siguientes preguntas planteadas, referidas a usted y a su situación profesional actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero/a posible, el valor que refleje con qué frecuencia ha experimentado tales aspectos en los últimos 30 días.

	1= Nunca	2=Rara vez	3=A veces	4=Frecuentemente	5=Muy frecuentemente
1					Soy Feliz.
2					Estoy preocupado/a por más de una persona a la que [ayudo o he ayudado].
3					Me satisface ser capaz de [ayudar] a la gente.
4					Me siento vinculado/a otras personas (con ocasión de mi trabajo).
5					Me sobresaltan los sonidos inesperados.
6					Me siento fortalecido/a después de trabajar con las personas a las que [ayudo/ he ayudado].
7					Me cuesta separar mi vida personal de mi vida profesional.
8					Mi productividad en el trabajo disminuye debido a que pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que [ayudo o he ayudado].
9					Creo que puedo estar afectado/a por el estrés traumático de las personas a las que [ayudo o he ayudado].
10					Me siento atrapado/a por mi trabajo.
11					Debido a mi profesión, me he sentido "al límite" con respecto a diversas cosas.
12					Me gusta trabajar [ayudando] a las personas.
13					Me siento deprimido/a debido a las experiencias traumáticas de las personas a las que [ayudo].
14					Me siento como si estuviera viviendo el trauma de alguien a quien [he ayudado].
15					Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
16					Estoy satisfecho/a por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia.
17					Soy la persona que siempre he querido ser.
18					Mi trabajo me hace sentirme satisfecho/a.
19					Me siento agotado/a como consecuencia de mi trabajo.
20					Tengo pensamientos y sentimientos de satisfacción acerca de las personas a las que [ayudo/he ayudado] y cómo he podido ayudarlas.
21					Me siento abrumado/a porque la carga de los casos [de mi trabajo] parece no tener fin.
22					Creo que puedo cambiar cosas gracias a mi trabajo.
23					Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de personas a las que [ayudo/he ayudado].
24					Me siento orgulloso/a de lo que puedo hacer para [ayudar] gracias a mi trabajo.
25					Como resultado de mi trabajo, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.
26					Me siento "estancada" por el sistema.
27					Considero que soy un/a buen/a profesional.
28					No puedo recordar partes importantes de mi trabajo con víctimas de trauma.
29					Soy una persona muy solícita de cara a ayudar a la gente.
30					Soy feliz por haber elegido esta profesión.

© B. Hudnall Stamm, 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue (ProQOL)*. <http://www.isu.edu/~bhstamm>. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold. This version 5 has been translated into Spanish **having as reference** the version IV translated by **María Eugenia Morante Benadero***, **Bernardo Moreno Jiménez***, **Alfredo Rodríguez Muñoz***. *Universidad Autónoma de Madrid, Spain. So, the version 5 has been translated respecting the general basis of the version IV by their

NARCISSISTIC PERSONALITY INVENTORY¹ (NPI)

Rodee con un círculo A ó B, siendo lo más sincero/a posible, el valor que refleje con mayor precisión lo que usted piense de si mismo en las siguientes afirmaciones:

<i>Escala I, Autoridad</i>		
1	A	Tengo habilidad para influir en los demás.
	B	No soy bueno (a) para influir en los demás.
8	A	Yo, tendré éxito.
	B	Ser exitoso no me preocupa demasiado.
10	A	No estoy seguro de si pudiera ser un buen líder.
	B	Me veo a mi mismo como un buen líder.
11	A	Soy asertivo ² (defender o declarar con firmeza opiniones o derechos aunque no vayan de acuerdo con los demás).
	B	Desearía ser más asertivo de lo que soy.
12	A	Me gusta tener autoridad sobre los demás.
	B	No me incomoda recibir órdenes.
32	A	Ser autoridad no me significa gran cosa.
	B	Los demás parecen siempre reconocer mi autoridad.
33	A	Preferiría ser líder.
	B	Me da casi lo mismo ser líder que no serlo.
36	A	Soy líder natural (nato).
	B	El liderazgo es una cualidad cuyo desarrollo requiere de mucho tiempo.

<i>Escala II, Exhibicionismo</i>		
2	A	La modestia no me sienta bien, no va conmigo.
	B	Soy esencialmente una persona modesta.
3	A	Haría casi cualquier cosa si me retaran a hacerla.
	B	Tiendo a ser una persona más o menos precavida.
7	A	Prefiero ser uno del montón.
	B	Me gusta ser el centro de la atención.
20	A	Procuro no ser un presumido.
	B	Tiendo a presumir si tengo oportunidad de hacerlo.
28	A	No me interesan mucho las nuevas modas y tendencias.
	B	Me gusta iniciar las nuevas modas y tendencias.
30	A	Realmente me gusta ser el centro de atención.
	B	Me incomoda ser el centro de atención.
38	A	Me disgusta cuando la gente no se fija en mi cuando salgo en público.
	B	No me molesta no sobresalir cuando salgo en público.

NARCISSISTIC PERSONALITY INVENTORY 1 (NPI)

Rodee con un círculo A ó B, siendo lo más sincero/a posible, el valor que refleje con mayor precisión lo que usted piense de si mismo en las siguientes afirmaciones:

Escala III, Superioridad		
4	A	En ocasiones cuando la gente me halaga, me siento apenado.
	B	Sé que soy capaz puesto que todo el mundo me lo repite.
9	A	No soy ni mejor ni peor que la mayoría de las personas.
	B	Considero que soy una persona especial.
26	A	Los halagos me apenan.
	B	Me gusta sentirme halagado.
37	A	Me gustaría que alguien escribiese mi biografía algún día.
	B	No me gusta que la gente se meta en mi vida por ningún motivo.
40	A	Soy como los demás.
	B	Soy una persona extraordinaria.

Escala IV, Pretensión (Entitlement)		
5	A	La idea de gobernar el mundo me asusta, a más no poder.
	B	Si yo gobernara el mundo, éste sería un lugar mucho mejor.
14	A	Insisto en recibir el respeto que merezco.
	B	Generalmente obtengo el respeto que merezco.
18	A	Sólo deseo ser razonablemente feliz.
	B	Quiero llegar a ser alguien a los ojos del

		mundo.
24	A	Espero mucho de los demás.
	B	Me gusta hacer cosas para los demás.
25	A	No me quedaré satisfecho hasta que reciba todo lo que merezco.
	B	Acepto las cosas como van llegando.
27	A	Tengo una fuerte voluntad de poder.
	B	El poder por si mismo no me interesa.

Escala V, Explotación		
6	A	Generalmente soy capaz de exponer mis razones de modo que pueda salir de cualquier aprieto.
	B	Trato de asumir las consecuencias de mi conducta.
13	A	Me es fácil manipular a las personas.
	B	Me disgusta cuando me sorprende manipulando a las personas.
16	A	La gente para mi es como un libro abierto.
	B	En ocasiones me es difícil entender a la gente.
23	A	A veces cuento buenas anécdotas.
	B	Todo el mundo le gusta escuchar mis anécdotas.
35	A	En ocasiones, la gente cree lo que yo le digo.
	B	Soy capaz de lograr que los demás crean cualquier cosa que yo les diga.

NARCISSISTIC PERSONALITY INVENTORY¹ (NPI)

Rodee con un círculo A ó B, siendo lo más sincero/a posible, el valor que refleje con mayor precisión lo que usted piense de sí mismo en las siguientes afirmaciones:

Escala VI, Autosuficiencia.		
17	A	Si me siento competente, estoy dispuesto a asumir la responsabilidad que implica la toma de decisiones.
	B	Me gusta asumir la responsabilidad de tomar decisiones.
21	A	Siempre sé lo que estoy haciendo.
	B	En ocasiones no estoy seguro de lo que estoy haciendo.
22	A	A veces dependo de la gente para hacer las cosas.
	B	Rara vez dependo de alguien para hacer las cosas.
31	A	Puedo vivir mi vida de la manera que yo desee.
	B	La gente no siempre puede vivir su vida como la desea.
34	A	Voy a ser una gran persona.
	B	Espero llegar a ser exitoso.
39	A	Soy más capaz que los demás.
	B	Hay mucho que aprender de los demás.

Escala VII, Vanidad		
15	A	No tengo un especial gusto en exhibir mi cuerpo.
	B	Me gusta exhibir mi cuerpo.
19	A	Mi cuerpo no es algo fuera de lo común.
	B	Me gusta ver mi cuerpo.
29	A	Me gusta verme en el espejo.
	B	No tengo particular interés por verme en el espejo

Raskin, R., & Terry, H. (1988). A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 890–902.

García, J., & Cortés, J. (1998). La medición empírica del narcisismo. *Psicothema*, 10 (3), 725-735.

Anexo 7. Acta de la comisión de bioética



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, Y TRANSFERENCIA

Campus Universitario
Avda de Elvas s/nº
06071 BADAJOZ

Tel.: 924 28 93 05
Fax: 924 27 29 83

NºRegistro: 215//2019

D. JAVIER DE FRANCISCO MORCILLO, PRESIDENTE POR DELEGACIÓN DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA.

INFORMA: Que una vez analizada por esta Comisión la solicitud de Proyecto de Tesis titulado “Estudio comparativo entre el síndrome fatiga de la compasión y el narcicismo en musicoterapeutas de España y su relación con el furor curandis”, cuyo Investigador/a Principal es D/Dª Antonia de la Torre Rísquez, ha decidido por unanimidad, valorar positivamente el precitado proyecto por considerar que se ajusta a las normas éticas esenciales cumpliendo con la normativa vigente al efecto.

Y para que conste y surta los efectos oportunos firmo el presente informe en Badajoz, a 08 de octubre de 2019.

Doctoranda
Antonia de la Torre Risquez



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL