



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo Fin de Grado**

# ***La música como banda sonora del alma: Uso de la musicoterapia en cuidados paliativos***

Alumno: María Sicilia Hernández

Director: Raquel Jiménez Cortés

**Madrid, mayo de 2022**

# Índice

<b>Resumen</b>	<b>4</b>
<b>Abstract</b>	<b>5</b>
<b>Presentación</b>	<b>6</b>
<b>1 Estado de la cuestión</b>	<b>7</b>
1.1 Fundamentación	7
1.1.1 Introducción	7
1.1.2 Los cuidados paliativos	7
1.1.3 Síntomas más comunes	8
1.1.4 El papel de la enfermería en cuidados paliativos	9
1.2 Antecedentes	11
1.2.1 Musicoterapia	11
1.2.2 Historia de la musicoterapia	11
1.2.3 Musicoterapia en España	14
1.2.4 Metodología	15
1.2.5 Clasificación de la Musicoterapia	15
1.2.6 Beneficios en la salud	16
1.3 Justificación	17
<b>2 Hipótesis y objetivos</b>	<b>19</b>
2.1 Objetivos	19
<b>3 Metodología</b>	<b>20</b>
3.1 Diseño del estudio	20
3.2 Sujetos del estudio	20
3.3 Variables	22
3.4 Procedimiento de recogida de datos	23
3.4.1 Instrumentos de medida	24
3.5 Fases del estudio	25
3.5.1 Cronograma	26
3.6 Análisis de datos	27

<b>4 Aspectos éticos</b>	<b>28</b>
<b>5 Limitaciones del estudio</b>	<b>29</b>
<b>6 Bibliografía</b>	<b>30</b>
<b>Anexos</b>	<b>35</b>
Anexo 1: Escala de Edmonton	36
Anexo 2: Índice de Karnofsky	37
Anexo 3: Cuestionario Breve del Dolor	38
Anexo 4: Escala de Ansiedad de Hamilton	39
Anexo 5: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los cuidadores	40
Anexo 6: Ficha de recogida de datos	42
Anexo 7: Documento de información al paciente	45
Anexo 8: Consentimiento informado	47
Anexo 9: Documento de renuncia a la participación en el estudio	48

## Resumen

**Introducción:** La música siempre ha acompañado al ser humano desde el inicio de la vida, es por ello por lo que integrarla también al final de la misma puede permitir mejorar las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales tanto del paciente como de su familia.

**Objetivo:** Definir los beneficios que la musicoterapia puede tener en los cuidados paliativos tanto en los pacientes como en sus familiares.

**Metodología:** En este proyecto se realiza un estudio observacional descriptivo de corte transversal para poder llevar a cabo el objetivo propuesto.

El estudio se implantará en aquellos pacientes ingresados en la unidad de cuidados paliativos del Hospital Gregorio Marañón durante los meses de septiembre a marzo que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Se realizarán seis sesiones de musicoterapia en las respectivas habitaciones de los pacientes junto con sus familiares; tres sesiones serán de musicoterapia pasiva, en las que el paciente no participa activamente en la creación musical, sino que escucha diversas melodías; en el resto de las sesiones, se procederá con una musicoterapia activa con actividades de composición, improvisación y movimiento. Antes y después de la sesión se pasarán una serie de escalas para valorar si ha mejorado la sintomatología y el grado de satisfacción de los cuidadores.

**Palabras clave:** *Cuidados Paliativos, Musicoterapia, Enfermería y Adultos.*

## **Abstract**

**Introduction:** Music has always accompanied the human being from the beginning of life, which is why integrating it also at its end may well allow improving the physical, emotional, social, and spiritual needs of both the patient and the family.

**Objective:** To define the benefits that music therapy can achieve in palliative care for both patients and their family members.

**Methodology:** In this project, a cross-sectional descriptive observational study is carried out in order to accomplish the proposed objective.

The study will be implemented in those patients admitted to the palliative care unit of the Gregorio Marañón Hospital from September to March who fulfil the inclusion and exclusion criteria. Six sessions of music therapy will be held in the respective rooms of the patients together with their families; three sessions will be of passive music therapy in which the patient does not actively participate in musical creation, but he rather listens to various melodies; in the rest of the sessions, active music therapy will be carried out with composition, improvisation and movement activities. Before and after the session, a series of scales will be passed to assess whether the symptoms and the degree of satisfaction of the caregivers have improved.

**Keywords:** *Palliative care, Music therapy, Nursing and Adults.*

## Presentación

La elección de este tema parte de la intención de aliviar el sufrimiento a aquellos pacientes en situación de últimos días, a través de fomentar la conexión con las emociones, la mejora de la comunicación y el alivio de sus síntomas. En cuidados paliativos es necesario adoptar unos cuidados integrales en cada paciente, debido a los numerosos cambios psicológicos, sociales y emocionales que se producen, con el fin de mejorar su calidad de vida favoreciendo un sentimiento de logro y autorrealización.

La música consiste en el arte de crear y organizar sonidos, nos acompaña día a día y constituye nuestra banda sonora: en momentos tristes, alegres, cuando queremos bailar, cuando recordamos un momento feliz... puede llegar incluso a "curar" aquellas esferas que ni siquiera la medicación puede mejorar. Además, al recordar y asociar momentos significativos de la vida, permite ofrecer apoyo para despedirse y conectar con la parte espiritual de cada uno.

Mi motivación para realizar este trabajo partió de haber experimentado de forma personal que verdaderamente la música tiene el poder de conectar con nuestras emociones. Te permite abstraerte en recuerdos o sensaciones felices e incluso nos permite expresar aquello que muchas veces no podemos decir con palabras, ya que se crea un canal a través del cual los pacientes pueden expresar emociones reprimidas.

Agradecer a mis padres su sacrificio durante estos años para que yo pudiera estudiar aquello que soñaba. Por su apoyo incondicional y la muestra de confianza que en todo momento me han aportado y por creer en mí e inculcarme valores tales como la empatía, la solidaridad y el darse al otro de forma plena. Quiero destacar a Gabriel, mi gran apoyo, por su paciencia y comprensión durante estos años y por hacerme ver constantemente que puedo sacar adelante todo lo que me proponga.

Para finalizar, agradecer a mi tutora del trabajo, Raquel, por su paciencia, confianza y el apoyo que me ha ofrecido en todo momento.

# 1 Estado de la cuestión

## 1.1 Fundamentación

### 1.1.1 Introducción

En esta primera parte del trabajo se explicará el tema en cuestión. Para ello, se comenzará definiendo los cuidados paliativos, se hablará sobre sus objetivos, sus síntomas principales, el tratamiento que se emplea y el papel de la enfermería en los mismos.

Una vez explicados los cuidados paliativos, se procederá a hablar de la musicoterapia como un tratamiento no farmacológico dentro de estos. A continuación, se realizará un resumen de esta técnica a lo largo de la historia hasta concluir en el presente, y se hará una breve mención de la misma en España a día de hoy.

Además, se pondrá especial atención a la metodología que se emplea, su clasificación y los beneficios que tiene emplear la musicoterapia en la salud.

Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura actual acerca de las investigaciones existentes sobre la musicoterapia y sus beneficios en pacientes de cuidados paliativos. Han sido analizados 30 artículos obtenidos en diversas bases de datos tales como: Pubmed, Scielo y DialNet.

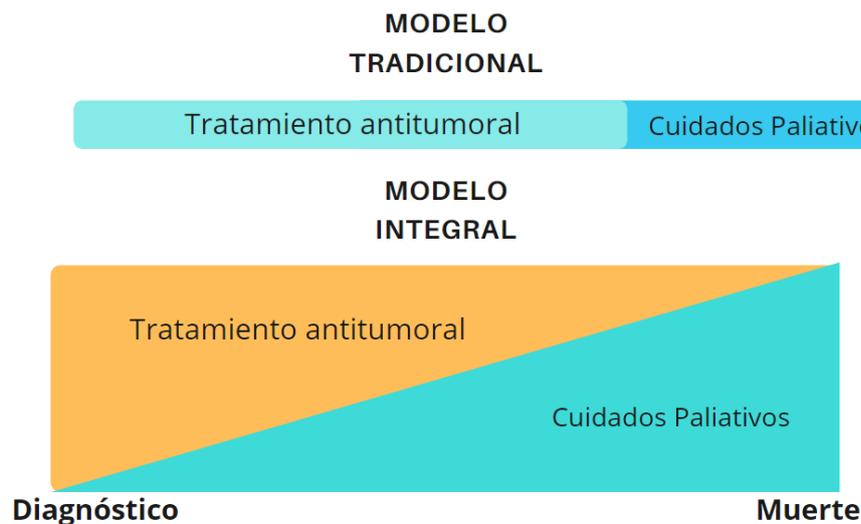
Los resultados se obtuvieron utilizando los términos “Palliative Care”, “Music Therapy”, “Adults”, previo a su búsqueda en el Descriptor de Ciencias de la Salud (DeCS). AND es el único operador booleano utilizado en las búsquedas.

### 1.1.2 Los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos, según el Instituto Nacional del Cáncer, consisten en: *“Atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o potencialmente mortal”* (1). Entre sus principales propósitos se encuentran anticiparse y aliviar e identificar de forma precoz los síntomas y problemas físicos de los pacientes, sus problemas psicológicos y sus necesidades sociales.

Su objetivo principal es proporcionar calidad de vida a los pacientes ayudándoles a vivir de forma plena hasta la llegada de su muerte. Para ello, las enfermeras deben ser el medio de comunicación y escucha activa entre el paciente y su familia, y deben acompañarlos en todo el proceso previo a su fallecimiento y tras el mismo (2).

Los cuidados paliativos no solo deben aplicarse al final de la enfermedad, sino desde el principio de la misma y hasta el final de esta, acompañando al enfermo y a la familia durante todo el proceso de enfermedad y muerte (Figura 1).



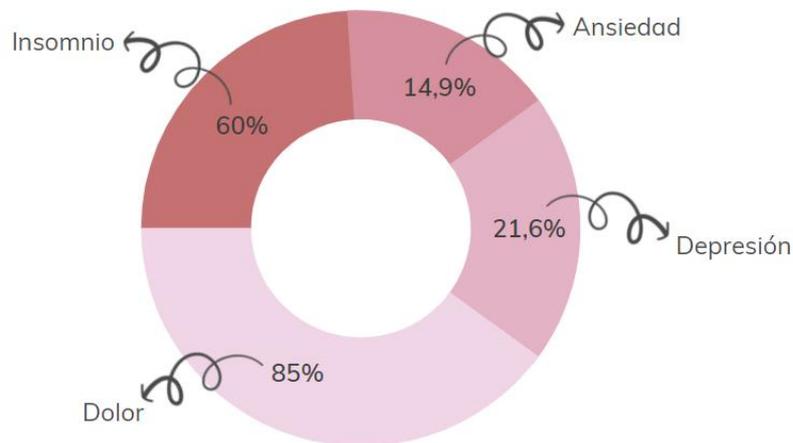
**Figura 1.** Modelos organizativos de atención a los pacientes oncológicos y de los cuidados paliativos propuestos por la OMS (3).

### 1.1.3 Síntomas más comunes

Según varios estudios realizados, se ha observado que los pacientes de cuidados paliativos presentan síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes durante su fase terminal, además, suelen presentar una media de entre 8 y 10 síntomas. Por ello, es necesario saber identificarlos y adelantarse a que se produzcan (3).

El objetivo de la enfermería es aliviar todos los posibles síntomas, evitar una sensación de malestar prolongada y permitir que el paciente permanezca con plena autonomía para la toma de decisiones. Si este tipo de demandas son atendidas, se podrá favorecer una atención integral de calidad, centrada en el paciente, que permita una vida y muerte dignas (3).

Uno de los síntomas que se pueden encontrar con mayor prevalencia es el dolor (Figura 2). El 80% de los pacientes con enfermedades como el SIDA o el cáncer y el 67% de los pacientes con patología cardiovascular o pulmonar obstructiva presentarán un dolor moderado o intenso al final de su vida (3).



**Figura 2.** Prevalencia de los síntomas en cuidados paliativos (4).

Además, el impacto emocional, la preocupación y el sufrimiento del enfermo son también elementos que aparecen debido a la enfermedad. Estos pacientes deben enfrentarse a un diagnóstico de cáncer, a un proceso de enfermedad y al duelo que pueda surgir en las fases más terminales. Estos acontecimientos pueden provocar un gran impacto psicológico tanto para el enfermo como para la familia. En un estudio reciente, se observó que los dos síntomas que más aparecen en estas situaciones son la depresión (21,6%) y la ansiedad (14,9%) (Figura 2). Ambos síntomas pueden resultar en un aumento tanto del dolor como de los otros síntomas (4,5).

#### **1.1.4 El papel de la enfermería en cuidados paliativos**

El papel de la enfermería en los cuidados paliativos se centra especialmente en:

- Aliviar el dolor y otros síntomas que puedan provocar un sufrimiento en el paciente.
- Promocionar y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.
- No acelerar ni retrasar el proceso de morir.
- Acompañar a la familia y a los cuidadores durante el proceso de enfermedad y el duelo.
- Proporcionar unos cuidados holísticos que puedan satisfacer las necesidades del paciente.

Los cuidados paliativos deben ser aplicados desde las fases tempranas de la enfermedad y deben estar enfocados en el control de los síntomas, el apoyo emocional y la comunicación. Deben buscar adaptarse en todo momento a las circunstancias y al estado de los pacientes y, por supuesto, deben abordarse de forma multi e interdisciplinar (6).

Una de las herramientas con las que contamos las enfermeras son las escalas. Entre estas, el Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) es de las más empleadas, que es utilizada en aquellos pacientes que reciben cuidados paliativos y con cáncer avanzado (7).

La escala ESAS consiste en escalas visuales numéricas que valoran 10 parámetros en los que se incluyen: dolor, cansancio (astenia), somnolencia, náuseas, apetito, dificultad para respirar, estado de ánimo, ansiedad, discomfort, sueño y otros síntomas. Cada parámetro se valora del 0 al 10, siendo el 0 la ausencia de síntomas y el 10 la manifestación máxima de los mismos (8).

Otra de las escalas más empleadas en los cuidados paliativos es el índice de Karnofsky (Anexo 2), una escala funcional que mide la capacidad de los pacientes de llevar a cabo tareas cotidianas, además, se emplea como predictor de la evolución de los pacientes oncológicos. Su puntuación se encuentra entre 0 y 100, y un índice alto significa que el paciente posee mayor habilidad de llevar a la práctica las actividades rutinarias. El índice de Karnofsky se emplea también con el objetivo de determinar el pronóstico del paciente o incluirlo en un ensayo clínico (9).

Una vez obtenidos los datos objetivos procedentes de las escalas, será posible valorar qué tipo de tratamiento se aplicará.

Además de utilizar medidas farmacológicas y medidas físicas, también se pueden emplear terapias no farmacológicas. Aplicar este tipo de tratamiento junto a uno convencional puede permitir que este sea más eficaz, ya que ayuda a reducir una gran variabilidad de síntomas, como el estrés, que es capaz de exacerbar el resto de los síntomas que puedan aparecer en el paciente.

Entre las medidas que pueden ser utilizadas, se encuentran la psicoterapia, las terapias de relajación, la aplicación de frío o calor local y la musicoterapia. La musicoterapia es considerada un tratamiento no farmacológico complementario o coadyuvante al tratamiento médico tradicional (10).

## 1.2 Antecedentes

### 1.2.1 Musicoterapia

La musicoterapia se encuentra en constante desarrollo, es por eso por lo que a medida que la musicoterapia ha ido evolucionando a lo largo de los años, se han ido proponiendo diversas definiciones:

En los primeros diez años en los que la profesión fue desarrollada, la National Association for Music Therapy publicó en 1980 un folleto bajo el nombre “Musicoterapia como carrera” en el que la definía como: *“La aplicación sistemática del arte de la música para conseguir objetivos terapéuticos. Es la utilización de la música y del propio terapeuta para influenciar cambios en la conducta”* (11).

Según la Federación Mundial de Musicoterapia, la musicoterapia: *“Es el uso de la música y/o de los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo de pacientes, para facilitar y promover la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objetivo de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.”* (12).

Esta definición elaborada en 1996 fue posteriormente revisada y actualizada en el año 2011 de la siguiente manera: *“La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en entornos médicos, educacionales y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su salud y bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual y espiritual”.* (13).

### 1.2.2 Historia de la musicoterapia

La música es un fenómeno común a todos los pueblos y culturas desde el inicio de la historia. Su uso ha variado a lo largo de la esta desde ser un medio mágico y sanador hasta conducirla hacia el uso terapéutico que se le otorga hoy en día.

## - PREHISTORIA

En la Prehistoria, se creía que la música tenía un origen divino y podía proteger del mal, de la enfermedad y de la muerte.

Sus miembros creían que la música podía influir sobre el estado físico y mental, por ello, empleaban canciones en rituales importantes y en curaciones con el objetivo de suplicarle a los dioses un favor. Empleaban tambores y cascabeles fabricados por ellos mismos, cantos y canciones durante el ritual, para lograr poder curar a la persona enferma, que se creía que había sido fruto de un castigo o invadida por un demonio (14).

## - CIVILIZACIONES ANTIGUAS

Tras la llegada de la civilización, la creencia de que la salud y la enfermedad tenían algún componente mágico o religioso comenzó a extenderse aún más.

En Egipto, aquellos que practicaban la medicina eran los sacerdotes, y éstos empleaban cantos en sus rituales para sanar el alma del enfermo, ya que creían que la música podía limpiar el alma (15).

En la antigua Grecia, se desarrolló la teoría de los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra), y esta se empleaba para explicar la salud y la enfermedad. Un individuo estaba sano cuando existía un equilibrio entre los humores, y estaba enfermo cuando se presentaba el desequilibrio. La música se empleaba como medio terapéutico para poder alcanzar de nuevo el equilibrio entre los humores. Estaba considerada como una fuerza sobrenatural que era capaz de alterar el pensamiento, la emoción y la salud física.

Poseían especialistas en himnos y música en los templos, y estos se encargaban tanto de recitar cantos a enfermos con trastornos emocionales como de complacer a los dioses con su canto y obtener su favor para evitar posibles desgracias. Varios de sus miembros más emblemáticos como, por ejemplo, Aristóteles, la consideraba como una catarsis emocional; Platón la definía como la medicina del alma y Pitágoras creía que la música podía restaurar la armonía espiritual (15).

## - EDAD MEDIA Y RENACIMIENTO

Tras la caída del imperio romano, el cristianismo tomó un papel muy importante en la civilización occidental. Pese a su gran influencia, la medicina se seguía basando en la teoría de los cuatro humores.

Durante el Renacimiento, la música empezó a vincularse a la medicina y al arte, ya que numerosos políticos y filósofos afirmaban la capacidad de la música de modificar los sentimientos y el alma humana, así como de curar diversas afecciones. Comenzaron a desarrollar la anatomía y la fisiología y empezaron a estudiar los efectos de la música en el organismo, especialmente en la respiración, la circulación y la digestión (15).

Con la aparición de la teoría de temperamentos y afectos de Kircher, la música alcanzó un papel aún más importante, ya que Kircher, en su teoría, creía que las características de la personalidad estaban basadas en algunos tipos de música y que, además, esta era capaz de despertar los afectos y las pasiones (16).

#### - SIGLO XVIII y XIX

En el año 1789 en EE. UU., apareció la primera mención hacia la musicoterapia en un artículo anónimo publicado en la revista *Columbian*. El artículo con el título de "Music Physically Considered" reflejaba de cómo se empleaba la música para modificar las emociones. Una de las conclusiones que se extrajeron con el artículo fue que se puede comprobar que la música tiene efectos terapéuticos (13).

A raíz de esta publicación, a principios del siglo XIX, se escribieron dos tesis en las que se hablaba del efecto terapéutico de la música. Una de las tesis, publicada por Edwin Atlee en el año 1804, defendía que la música podía influir sobre emociones tales como la alegría y la tristeza y, además, podía mejorar ciertas enfermedades de origen mental y físico.

La segunda tesis escrita por Samuel Mathews en el año 1806 recalcaba los beneficios de la música tanto en la mente como en el cuerpo y documenta un tratamiento para la depresión empleando la música.

El médico James Whittaker elabora una teoría que relaciona la música con respuestas fisiológicas, psicológicas y socioculturales, aunque se observó que era más efectiva en trastornos leves.

A finales del siglo XIX, George Alder Blumer desarrolló un programa de musicoterapia en un centro hospitalario en Nueva York, además se empezaron a realizar numerosos ensayos con música, por ejemplo, la realización de un experimento en el cual se empleaba la música para modificar y mejorar el estado del sueño (14,15).

## - SIGLO XX

Se comienza a incorporar la música en las instituciones sanitarias como complemento a otras terapias.

Una de las figuras más influyentes en el siglo XX, es Eva Augusta Vescelius, que fundó la Sociedad Nacional de Terapéutica Musical en el año 1903, mediante la cual detalló una serie de instrucciones precisas para el tratamiento de fiebres, insomnios y otros problemas con la aplicación de música. En 1926, Isa Maud Ilsen, fundó la Asociación Nacional de Música en los Hospitales, Ilsen estimaba que las personas sanas eran aquellas que estaban en armonía con su alma y describía la música como una manera de aliviar el dolor de los pacientes con problemas físicos.

Gracias a E. Thayer Gaston, distinguido como el "padre de la musicoterapia", la profesión de musicoterapeuta avanzó en el ámbito educativo. Se empezaron a implantar los primeros programas de formación universitaria, de tal manera que la Universidad Estatal de Michigan instituyó el primer programa académico en musicoterapia en el año 1944, y otras universidades siguieron su ejemplo.

La profesión de musicoterapeuta se acabó instaurando en el año 1950, gracias a que grupos de músicos de diversa índole acudían a los hospitales de veteranos tras la Segunda Guerra Mundial con el objetivo de aliviar sus traumas físicos y emocionales causados en la guerra. Esta labor mostró resultados positivos en estos veteranos, por lo que se decidió comenzar a contratar músicos en los hospitales con el objetivo de aliviar el sufrimiento de los soldados y los pacientes (14,15).

### **1.2.3 Musicoterapia en España**

Puede decirse que el uso de la música con fines terapéuticos entró en España durante la década comprendida entre 1730 y 1740 debido a la depresión del rey Felipe V. Ante esta situación, un músico italiano llamado Farinelli se presentó ante él e interpretó una serie de cantos y bailes. Se dice que el rey quedó conmovido por su actuación, y que, gracias a ello, sus síntomas depresivos desaparecieron (14,15).

Sin embargo, a principios del siglo XX, el uso de la música como tratamiento era poco conocido y utilizado en España, aunque en 1920 se publicó un libro titulado "La música como medio curativo de las enfermedades nerviosas. Algunas consideraciones para la musicoterapia" escrito por el doctor Candela Ardid, en el que referenciaba los muchos experimentos que se llevaron a cabo, los cuales empleaban la música para ver sus efectos.

En la segunda mitad del siglo XX, la gente empezó a interesarse por la musicoterapia. En 1974 se constituye la Asociación Española de Musicoterapia para formar a los futuros musicoterapeutas con el objetivo de implantar la musicoterapia en la sociedad española.

En febrero del año 2000, se reunieron en Madrid varios representantes de todas las asociaciones de musicoterapia de España para unificar y potenciar la situación de esta nueva doctrina, motivo por el cual se constituyó la Federación Española de Musicoterapia, que favorece el desarrollo y papel de la musicoterapia como una disciplina profesional (17).

#### **1.2.4 Metodología**

La base de la musicoterapia no está tanto en la música, sino en la relación terapéutica que se establece entre el paciente y el profesional. Es por ello por lo que los musicoterapeutas deben buscar conocer al paciente en primer lugar para establecer los cimientos de su futura relación. Primero buscan un diagnóstico, después recogen comportamientos de forma observable y medible e identifican aquellos que quieran modificar.

Posteriormente, buscan obtener diferentes fuentes de información. Para ello, necesitan la información del paciente que se encuentra en los registros médicos y que se puede obtener a través de entrevistas con los pacientes. En segundo lugar, intentan definir la relación del paciente con la música a lo largo de su vida, el significado que este le atribuye y sus preferencias musicales.

Una vez recopilada toda la información necesaria, se debe diseñar un plan de tratamiento, en el que se deben identificar el área de trabajo, los objetivos, los resultados de la evaluación inicial y las técnicas a utilizar (15,17).

#### **1.2.5 Clasificación de la Musicoterapia**

La musicoterapia se puede dividir según diferentes criterios:

- Musicoterapia Pasiva/Receptiva: el paciente no participa activamente en la creación musical. Se basa en la escucha de la melodía. Algunas modalidades de este tipo de musicoterapia son:

- ❖ Técnicas de audición musical: escuchar música activamente y compartir sentimientos.
- ❖ Método Bonny o de las Imágenes Guiadas y Música (GIM): en este método, el paciente experimenta imágenes y emociones durante una fase de relajación profunda. Este enfoque se basa en la integración del sistema límbico, que es el encargado de interpretar las emociones.

- ❖ Tecnología vibroacústica: intenta mejorar la calidad de vida del paciente a través de las vibraciones que genera la música de diferentes instrumentos en el cuerpo del paciente.
- ❖ Relajación: para que la música logre esto, debe estar en sintonía con las características vocales del paciente y mantener sus características intrínsecas como el ritmo y la armonía.

-Musicoterapia Activa/Interactiva: a la hora de aplicar la musicoterapia, el paciente no es sólo el objeto sino también el sujeto. Se utilizan fundamentalmente elementos de improvisación. Algunas formas de musicoterapia activa son:

- ❖ Técnicas de improvisación libre instrumental o vocal: los participantes son libres de expresar cómo se sienten a través del instrumento que escojan.
- ❖ Combinación de improvisación, dramatización y movimiento: consiste en crear una conexión entre el cuerpo y las emociones que se experimentan a través de la música. Esta terapia es muy recomendable para los trastornos disociativos. Inspira diferentes niveles de expresión emocional.
- ❖ Historia/Autobiografía sonora: basado en la experiencia musical de cada participante a lo largo de su vida, explorando el significado de la música de cada uno y agregando nuevas definiciones a la música.
- ❖ Composición de canciones: composición de canciones, donde el participante elige un ritmo específico y crea o modifica letras preexistentes de diversas canciones para facilitar la expresión emocional respondiendo a las necesidades comunicativas, psicológicas, emocionales y cognitivas del paciente (14,15,17).

### **1.2.6 Beneficios en la salud**

La Nursing Interventions Classification (NIC) identifica la musicoterapia como una intervención en el ámbito de la enfermería y la define como: *“la utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico”* (17).

En este sentido, la musicoterapia podría jugar un papel relevante en los cuidados e intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería. El enfoque del tratamiento de un paciente debe ser integral y estar dirigido a garantizar una salud óptima.

Al final de la sesión, el objetivo del uso de la música es promover una relación de ayuda entre la enfermera y el paciente o la familia (18).

Las investigaciones del último medio siglo avalan la eficacia de la musicoterapia en diversos campos, por ejemplo, promueven el movimiento y la recuperación física, motivan a las personas a afrontar la terapia, brindan apoyo emocional a pacientes y familiares y sirven como medio de expresión emocional (19).

Por ejemplo, la música se puede emplear para inducir un estado de relajación mental y corporal. Se puede utilizar junto con varios tipos de programas de relajación muscular para evocar imágenes, a este proceso se le conoce como imaginación musical. Estas imágenes pueden ayudar a los pacientes a reducir la tensión y concentrarse en pensamientos y sentimientos positivos. Escuchar una pieza musical puede evadir temporalmente al paciente de una variedad de pensamientos y sentimientos (20).

Otro de los beneficios que tiene el empleo de la música es el alivio del dolor en los pacientes paliativos. Según un estudio realizado en 200 pacientes hospitalizados en el University Hospitals Case Medical Center entre 2009 y 2011, una única intervención de musicoterapia fue eficaz para reducir el dolor de los pacientes (21). Es necesario tener en cuenta que los factores cognitivos y emocionales ayudan a aumentar o disminuir la gravedad de la percepción del dolor. Por ejemplo, las emociones como la ansiedad y la tensión pueden provocar un aumento del dolor porque crean una mayor tensión muscular.

Una forma de reducir el dolor es utilizar la selección musical favorita del paciente, de esta manera se centrará menos en los aspectos negativos del dolor o en el tratamiento médico. Se enseña a los pacientes a concentrarse y a seguir la música, de tal manera que esta actúa como una distracción y ayuda al paciente a olvidarse del dolor (22).

Los familiares de los pacientes, además, comunican que gracias a la musicoterapia tienen una mayor sensación de apoyo y sienten una gran mejora de la comunicación con el paciente, ya que debido al progreso de la enfermedad la comunicación verbal se ve disminuida. Por ello, para los cuidadores principales, la música supone un método de comunicación alternativa (23).

### **1.3 Justificación**

El tema del TFG está basado en la musicoterapia y en su aplicación en pacientes que se encuentran en cuidados paliativos con el objetivo de aliviar sus síntomas y mejorar su calidad de vida.

Desde muy pequeños hasta nuestra ancianidad, tanto las personas con educación musical como sin ella pueden disfrutar de la música. Los niños pequeños experimentan la música como un estímulo sensoriomotor y se benefician de ella a través de la experiencia directa. Desde el principio, la música permite recordar y conectar con momentos significativos de la vida.

Es por esta gran conexión con uno mismo que la musicoterapia no sólo tiene efectos a nivel físico, sino que ayuda a crear un método de comunicación de expresiones reprimidas, debido a la conexión que se crea entre el musicoterapeuta y el paciente; ayuda a percibir las necesidades y valores del paciente, permite la búsqueda de significado y trascendencia y ayuda a fortalecer los lazos familiares (24).

Mediante este estudio observacional, se pretende determinar los posibles beneficios que tendría la aplicación de la musicoterapia como tratamiento complementario en las unidades de Cuidados Paliativos, con el objetivo de brindar unos cuidados integrales, así como fomentar su uso y su implantación en las diversas unidades de los hospitales.

Los musicoterapeutas encuentran a menudo diversas dificultades debido al desconocimiento que se tiene sobre este tipo de terapia complementaria, ya que se trata de una profesión emergente e innovadora en la que la trayectoria profesional media es de apenas tres años y que no se encuentra reconocida por el Ministerio de Trabajo. Es por ello por lo que estos profesionales tienen poca visibilidad, además de trabajar con jornadas laborales reducidas e incluso, sin contrato, según el registro anual realizado por la MUSPAL. (25,26)

Otra de las dificultades que pueden encontrar los musicoterapeutas es el alto índice de deserción debido al fallecimiento del paciente o a la falta de fuerzas de este, así como la dificultad de incorporar a la familia en el programa debido a la necesidad de flexibilizar los horarios. Todos estos factores provocan una serie de sesgos en los diversos estudios realizados en cuidados paliativos (27).

## 2 Hipótesis y objetivos

### 2.1 Objetivos

Los objetivos de este estudio tratan tres ámbitos: la enfermería, el empleo de la terapia musical y los cuidados paliativos. Estos objetivos se pueden resumir en:

**Objetivo general:** Definir los beneficios que la musicoterapia puede tener en los cuidados paliativos tanto en los pacientes que reciben tratamiento paliativo en unidades de hospitalización, como en sus familiares.

**Objetivos específicos:**

- Atender a los posibles beneficios de la musicoterapia como un tratamiento complementario a aquellos convencionales, que pueda ser utilizado como apoyo de estos últimos en las diferentes unidades hospitalarias de cuidados paliativos.
- Aportar unos cuidados de carácter holístico en el que se integren distintos ámbitos del paciente, incluyendo la esfera física, la psicológica, la espiritual, la emocional y la sociocultural.
- Incorporar a la familia en estos cuidados holísticos, observando si la musicoterapia tiene beneficios también en ellos.
- Fomentar la implantación de la musicoterapia en las unidades hospitalarias de cuidados paliativos, así como su posterior aplicación en las mismas.

## 3 Metodología

### 3.1 Diseño del estudio

Se presenta un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de conocer el grado de dolor y relajación de los pacientes antes y después de recibir una sesión de musicoterapia.

Se decide realizar un estudio observacional descriptivo, ya que se pretende describir un fenómeno y su evolución dentro de una determinada población de estudio (sin intervenir en él) durante un periodo de tiempo. En este caso, se busca observar los posibles efectos que podrían aparecer en un paciente al aplicar la terapia musical (28).

El estudio será llevado a cabo en el Hospital Universitario Gregorio Marañón y su duración se comprenderá desde el 24 de septiembre del 2021 hasta el día 28 de marzo del 2022.

### 3.2 Sujetos del estudio

**Población diana:** pacientes que reciben tratamiento paliativo en unidades de hospitalización.

**Población accesible:** Pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos entre enero y marzo.

Los sujetos de estudio fueron seleccionados según los siguientes criterios de inclusión:

- Estar ingresado en una unidad de cuidados paliativos durante el tiempo de estudio
- Poseer un nivel de conciencia suficiente, es decir, un cierto nivel de alerta que le permita interactuar con el musicoterapeuta y en las sesiones. Su nivel de conciencia en la escala de Glasgow debe ser >9 (29).
- Deben estar acompañados por algún familiar
- Capacidad para realizar varias escalas que se le proporcionarán durante el estudio
- Pacientes adultos
- Pacientes oncológicos o no oncológicos

Los criterios de exclusión son:

- Pacientes sordos o con pérdida auditiva
- Pacientes en estado de agonía, estupor o comatosos
- Pacientes con Glasgow <9

- Pacientes pediátricos
- Pacientes con cuidados paliativos a domicilio
- Pacientes que por su estado actual de la enfermedad no puedan participar en el estudio

Para obtener una muestra representativa de la población, se utilizará un muestreo aleatorio simple, asegurando que todos los individuos de la población tienen la misma oportunidad de ser seleccionados.

Se ha escogido este tipo de muestreo porque es más rápido, permite extrapolar los resultados obtenidos en la muestra y es más viable de calcular.

Para conseguir la muestra, se requirió la participación de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, es decir, pacientes que optaron voluntariamente por recibir sesiones de musicoterapia. La participación fue solicitada de manera individual.

Para calcular el tamaño de la muestra, emplearemos una fórmula (30,31):

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{((\text{Nivel de confianza expresado en puntuación } Z)^2 \times \text{desviación estándar} \times (1 - \text{desviación estándar}))}{((\text{Margen de error})^2)}$$

Según datos del hospital Gregorio Marañón, unos 500 pacientes al año ingresan en unidades de cuidados paliativos (32). Teniendo en cuenta que el estudio será llevado a cabo durante siete meses, obtendríamos un total de 25 pacientes durante ese tiempo. Si se asume un nivel de confianza del 95%, una desviación estándar del 0,5 y un margen de error de +/- 5%, el tamaño ideal de la muestra sería de 24 individuos.

De la misma manera, emplearemos la siguiente fórmula si se estima una pérdida de datos del 10% debido a aquellos pacientes que deban abandonar el estudio o dejen de ser evaluables por no poder responder a los diversos cuestionarios o porque acaben cumpliendo con algún criterio de exclusión:

$$\text{Muestra ajustada a las pérdidas} = n / (1 - R) = 28 \text{ participantes}$$

N= número de sujetos sin pérdidas

R= proporción esperada de pérdidas

La recogida de datos se llevará a cabo mediante un cuestionario (Anexo 6) que recogerá las diversas variables que se exponen en la siguiente subsección.

### 3.3 Variables

Las variables incluidas en el presente estudio se recogen en la siguiente tabla (Tabla 1):

NOMBRE	TIPO	HERRAMIENTA	UNIDAD MEDIDA
<b>Edad</b>	Cuantitativa continua	Revisión Histórica Clínica	Años
<b>Sexo</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Revisión Histórica Clínica	Hombre/mujer
<b>Diagnóstico médico</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Revisión Histórica Clínica	Tipo de enfermedad: (oncológica o no oncológica)
<b>Dolor</b>	Cualitativa ordinal	Escala de Edmonton  Cuestionario Breve del Dolor	De 0 a 10. Siendo 0 la ausencia de dolor y 10 dolor máximo.
<b>Ansiedad</b>	Cualitativa ordinal	Escala de Ansiedad de Hamilton	De 0 a 4 se valoran 14 ítems. Siendo 0 la ausencia de ansiedad.
<b>Bienestar</b>	Cualitativa ordinal	Escala de Edmonton	De 0 a 10. Siendo 0 la ausencia de dolor y 10 dolor máximo.
<b>Estado general de salud</b>	Cualitativa ordinal	Índice de Karnofsky	Del 0 al 100. Siendo el 0 el peor estado de salud.
<b>Grado satisfacción de los cuidadores</b>	Cualitativa ordinal	Encuesta	Del 0 al 10. Siendo 0 nada satisfecho y el 10 muy satisfecho.

**Tabla 1.** Variables incluidas en el estudio.

La edad nos permite determinar los años de vida de las personas (33).

El sexo es un conjunto de características que nos permiten diferenciar a los machos de las hembras (33).

El diagnóstico médico es un juicio médico sobre el estado psicofísico de una persona, representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado (33).

El dolor *“es la experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”* (34).

La ansiedad consiste en un estado emotivo y respuesta que surge cuando una persona se halla expuesta a situaciones que impliquen peligro o amenaza (35).

El bienestar es el estado de una persona cuya naturaleza física y psíquica le otorga una sensación de satisfacción y tranquilidad (33).

El grado de satisfacción de los cuidadores es el sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad (33).

Estas variables han sido escogidas por diversos motivos. En primer lugar, las variables de sexo, edad y diagnóstico médico han sido seleccionadas para permitir un orden y una clasificación de los datos.

En segundo lugar, se ha elegido la variable del dolor, ya que es uno de los síntomas más prevalentes en cuidados paliativos y de los que peor control tiene. Esto puede ser debido a que es muy variable y pueden existir diversas causas que pueden alterarlo. La ansiedad, por ejemplo, es una de ellas. Un buen control de la ansiedad nos permite mejorar el umbral de dolor de los pacientes, así como mejorar otros aspectos relacionados con él (el sueño, la alimentación, la digestión...), lo cual deriva en un mejor control de la enfermedad y permite al paciente tener cierto grado de bienestar y mejorar su calidad de vida.

El grado de satisfacción de los cuidadores se ha tenido en cuenta, ya que es fundamental en cuidados paliativos considerar al paciente y a la familia como unidad de atención. Esto puede deberse a que ambas partes presentan necesidades que debemos atender para conseguir unos cuidados holísticos y facilitar el proceso del duelo.

### **3.4 Procedimiento de recogida de datos**

El efecto de la musicoterapia sobre las variables anteriores se evaluará en diferentes sesiones aplicadas en diferentes días. El objetivo es que el paciente asista a un total de 6 sesiones: 3 sesiones serán de musicoterapia pasiva, en las que el paciente no participa activamente en la creación musical, sino que escucha diversas melodías; en el resto de las sesiones, se procederá con una musicoterapia activa con actividades de composición, improvisación y movimiento (Tabla 2).

Las sesiones se llevarán a cabo en la habitación del paciente con su familia. Antes de iniciar la sesión, se realizarán las distintas escalas ya mencionadas para observar el estado del paciente. A continuación, comenzará la sesión que tendrá una duración de 25 minutos, según las necesidades del paciente.

Una vez realizada la sesión, se medirá de nuevo con las diversas escalas el estado del de satisfacción de los cuidadores.

<b>Sesión 1</b>	Audición musical
<b>Sesión 2</b>	Relajación musical guiada
<b>Sesión 3</b>	Método Bonny o de las imágenes guiadas (GIM)
<b>Sesión 4</b>	Trabajo con canciones (composición de canciones)
<b>Sesión 5</b>	Improvisación guiada
<b>Sesión 6</b>	Improvisación libre

**Tabla 2.** Elaboración propia. Cronograma de las sesiones de musicoterapia.

### 3.4.1 Instrumentos de medida

Uno de los instrumentos de medida empleados ha sido la Escala de Edmonton (Anexo 1). Esta escala evalúa la presencia e intensidad de nueve síntomas: dolor, cansancio (astenia), náuseas, depresión (estado de ánimo), somnolencia, apetito (anorexia), bienestar general, falta de aire (disnea) e insomnio. Todo esto a través de escalas visuales numéricas del 0 al 10, siendo 0 la ausencia del síntoma y 10 la presencia del mismo de la forma más intensa posible (7,8).

También se han empleado escalas más concretas para algunas de las variables tales como el dolor. Para esta variable, se ha empleado también el cuestionario breve del dolor (CBD) (Anexo 3). Este mide los 5 primeros ítems del 0 al 10, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 un alto grado de dolor. Es decir, los primeros ítems únicamente medirían la intensidad del dolor, igual que la escala de Edmonton. Es por ello que para obtener más información acerca del dolor de los pacientes, se decide pasar también este cuestionario, ya que, el resto de los ítems son preguntas que se le realizan al paciente sobre si hay alguna actividad que le alivie o le empeore el dolor, qué tipo de medicación recibe para tratarlo, si el tratamiento empleado se lo alivia y, tras haber tomado la medicación, cuánto tarda en volver a sentir dicho dolor (36).

Para medir la ansiedad, se ha empleado la escala de ansiedad de Hamilton (Anexo 4). Esta escala se compone de 14 ítems que se valoran del 0 al 4, siendo el 0 la ausencia de ansiedad y el 4 una ansiedad grave o incapacitante. Además, se dispone de dos puntuaciones para la ansiedad psicológica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la ansiedad física (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) (37,39).

Otro de los instrumentos de medida utilizados es el índice de Karnofsky (Anexo 2). Consiste en una escala numérica del 0 al 100, siendo el 0 un deficiente estado de salud. Permite expresar el estado general de salud y la calidad de vida de un paciente, además, permite evaluar la capacidad del paciente de llevar a cabo actividades cotidianas (38,40).

También se empleará una encuesta que se realizará a los diversos cuidadores para ver su grado de satisfacción con respecto a las sesiones y al efecto que estas puedan producir en los pacientes (Anexo 5).

Para realizar una recogida de datos sistematizada y ordenada de las variables, se ha empleado una tabla de recogida de datos (Anexo 6).

### **3.5 Fases del estudio**

- Primera fase: (desde Septiembre hasta Noviembre) con el objetivo de concretar y delimitar el tema propuesto, se realiza una revisión bibliográfica de la literatura actual acerca de las investigaciones existentes sobre la musicoterapia y sus beneficios en pacientes de cuidados paliativos.

Para ello, se seleccionaron 30 artículos obtenidos a través de estrategias de búsqueda estandarizadas y avanzadas en diversas bases de datos tales como: Pubmed, Scielo y DialNet.

Los resultados se obtuvieron utilizando los términos “Palliative Care”, “Music Therapy”, “Adults”, previo a su búsqueda en el Descriptor de Ciencias de la Salud (DeCS). AND es el único operador booleano utilizado en las búsquedas.

Después de la primera búsqueda, se obtuvieron 42 artículos y además se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: artículos con una antigüedad menor de 5 años, artículos con texto completo gratuito y artículos en inglés y español. Permaneciendo así un total de 30 artículos.

Se ha realizado una revisión y una lectura crítica de estos artículos y se ha obtenido información de diversos libros, así como de diferentes páginas web, con el objetivo de poder elaborar un marco teórico. Para ello, se realizaron diversos resúmenes de los artículos seleccionados para poder elaborar el estado de la cuestión.

➤ Segunda fase: (desde Diciembre hasta Enero) elaboración del diseño del estudio. Se ha comenzado a pensar en el posible diseño del estudio y se ha elegido el tipo de proyecto a realizar, en este caso, un estudio observacional. Además, se han determinado los sujetos de estudio, las posibles variables y se han establecido las diferentes escalas que se emplearán para la realización del estudio.

➤ Tercera fase: (desde Febrero hasta Marzo) se ha comenzado a llevar a cabo el estudio diseñado por medio de la recogida de datos, el análisis y la interpretación de los mismos.

También se han elaborado el consentimiento informado o de aceptación de participación en el estudio y las diversas escalas o cuestionarios que se aplicarán en el estudio.

Se ha realizado también el análisis de los datos, así como la elaboración de los aspectos éticos y las limitaciones del estudio.

### 3.5.1 Cronograma

Cronograma	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Entrega propuesta TFG									
Revisión bibliográfica									
Planificación del trabajo									
Fundamentación									
Metodología									
Análisis de datos									
Entrega proyecto TFG									
Corrección de errores									
Defensa del TFG									

Tabla 3. Cronograma del proyecto.

### **3.6 Análisis de datos**

Para el análisis de los datos, se utilizará el programa estadístico SPSS, más concretamente, la versión 22.0® para Windows.

Se realizará un análisis descriptivo. Para el análisis de las variables cualitativas, se empleará la frecuencia relativa y la absoluta, utilizando un diagrama de barras para una mejor recolección y visualización de los datos.

Para el análisis de las variables cuantitativas, se utiliza la media aritmética para obtener el promedio de todos los valores con respecto a una variable, así como la desviación estándar para analizar la dispersión de los datos con respecto a la media.

Como prueba estadística se empleará la correlación para poder comprobar si existe una asociación entre el empleo de la musicoterapia y la mejora de los síntomas.

## **4 Aspectos éticos**

Se garantiza la confidencialidad de los datos, ya que toda la información de los pacientes se recoge de forma anónima, así mismo se garantizará la privacidad personal y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (41).

Se ha elaborado un documento de información al paciente (Anexo 7) para que todos los implicados en el estudio sean informados detalladamente. También, serán informados de los posibles riesgos que pueda suponer el estudio, que en este caso son nulos.

Aquellos que participen en el estudio, deberán firmar un documento de consentimiento informado (Anexo 8); también cuentan con un documento de rechazo de participación en el estudio (Anexo 9) en el caso en el que ya no deseen o no se vean capaces de participar en el mismo.

## 5 Limitaciones del estudio

- Al utilizar un muestreo probabilístico, existe la posibilidad de que haya un sesgo y por lo tanto haya mayor probabilidad de error. Además, dicho muestreo presenta una dificultad en poblaciones grandes.
- Uso de escalas subjetivas para medir el dolor, la ansiedad y el bienestar, lo que puede dar lugar a la aparición de sesgos.
- Mayores tasas de abandono cuando se estudia en pacientes de cuidados paliativos.
- Necesidad de flexibilidad en los horarios y participación de la familia.
- Es necesario seguir realizando estudios de forma cuantitativa y prolongada con el objetivo de obtener un mayor número de datos, así como de poder examinar de forma longitudinal si se puede observar esta mejoría en los síntomas de los pacientes.
- La efectividad de la musicoterapia para mejorar la calidad de vida en los cuidados paliativos es positiva pero débil. Precisaría de un estudio más prolongado para poder demostrar la verdadera eficacia de la musicoterapia.
- Existe una exclusión de los musicoterapeutas del equipo multidisciplinar.
- Es preciso llevar a cabo estudios más amplios, para verificar que los resultados que se puedan obtener en este estudio, puedan aplicarse también a todos aquellos pacientes que se encuentren ingresados en unidades de cuidados paliativos.

## 6 Bibliografía

- (1) Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. Diccionario del cáncer del NCI; 2011 [acceso 16 enero de 2022]. Definición de cuidado paliativo. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cuidado-paliativo>.
- (2) IAHPC [Internet]. IAHPC Pallpedia; 2018 [actualizado 23 de diciembre de 2021; acceso 16 de enero de 2022]. Consensus-Based Definition of Palliative Care. Disponible en: <https://pallipedia.org/palliative-care-2018-iahpc-consensus-based-definition/>.
- (3) Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS Cuidados paliativos; 2020 [actualizado 20 de agosto de 2020; acceso 18 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
- (4) Lacasta MA. Psicólogos. Cartera de Servicios de cada profesional en la atención al paciente en situación terminal. Ponencia a las VII Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos; 2005.
- (5) Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [acceso 23 de abril de 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidados\\_paliativos-diabetes/CUIDADOS\\_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidados_paliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf)
- (6) Fuentes Fernández L, Gaztelumendi CN. Enfermería ante los cuidados paliativos en Atención Primaria [Trabajo de Fin de Grado]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2013. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10902/3938>.
- (7) Carvajal Valcárcel A, Martínez García M, Centeno Cortés C. Versión española del Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. MEDIPAL. 2013;20(4):143-9.
- (8) Ramos Pollo D, Centeno Pascual F, Alvarez P, Guadilla S, Santamarta N, García Martínez N. Registro de síntomas ESAS [Internet]. Cuidadospaliativos.info. 2016 [acceso 18 de enero de 2022]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.info/registro-sintomas-esas/>.

- (9) Red de Cuidados Paliativos de Andalucía [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud y Familias; 2020 [acceso 18 de enero de 2022]. Escalas de valoración y otras herramientas útiles. Disponible en: <https://www.redpal.es/profesional/#escalas-valoracion>.
- (10) López Núñez N, Seva Llor AM, Ruiz Carreño P, Ramis Vidal G, Martínez Alarcón L. La musicoterapia como asignatura en los estudios de grado en enfermería. *Enf Global* [Internet]. 2019;18(55):455-61.
- (11) AMTA [Internet]. USA: American Music Therapy Association; 2005 [acceso 18 de enero de 2022]. What is Music Therapy?. Disponible en: <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>.
- (12) FEAMT [Internet]. Logroño: Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia; 1996 [actualizado 2011; acceso 19 de enero de 2022]. Qué es la Musicoterapia. Disponible en: <http://feamt.es/que-es-la-musicoterapia/?cn-reloaded=1>.
- (13) AMTA [Internet]. USA: American Music Therapy Association; 2005 [acceso 18 de enero de 2022]. History of Music Therapy. Disponible en: <https://www.musictherapy.org/about/history/>.
- (14) Davis W, Gfeller K, Thaut M. *Introducción a la musicoterapia: teoría y práctica*. Barcelona: Boileau; 2000.
- (15) Betes del Toro M. *Fundamentos de la musicoterapia*. Madrid: Morata; 2000.
- (16) Sans JF. Sans JF. *La retórica musical y la doctrina de los afectos* [Internet]. Venezuela: Universidad Central de Venezuela. [acceso 20 de enero de 2022]. Disponible en: [https://www.academia.edu/2560651/La\\_ret%C3%B3rica\\_musical\\_y\\_la\\_doctrina\\_de\\_lo\\_s\\_afectos](https://www.academia.edu/2560651/La_ret%C3%B3rica_musical_y_la_doctrina_de_lo_s_afectos).
- (17) Almansa Martínez P. La terapia musical como intervención enfermera. *Enf Global* [Internet]. 2003;2(1):1-8. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/665>.
- (18) Otero López MC, Ballesteros Mantecón M, García Álvarez MM, Otero López A, García Otero C, San Raimundo Morín MC, et al. La musicoterapia como intervención no farmacológica efectiva. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*. 2019;3(2):107-16.

- (19) Iturri A, Lemos Á. Musicoterapia y cuidados paliativos. ECOS. Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines. 2019;4(2):14-54.
- (20) Bruscia K. Musicoterapia. Métodos y prácticas [Internet]. México D.F: Editorial Pax México; 2007. [Consultado 19 de enero de 2022]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=7In8hGYvt8C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Definicion+de+musicoterapia&ots=uwoblJHOMJ&sig=rmaJ5XkcvBs2rCg8rfD1LTFpNPQ#v=onepage&q=Definicion%20de%20musicoterapia&f=true>.
- (21) Gutgsell K. J, Schluchter M, Margevicius S, DeGolia P.A, McLaughlin B, Harris M, et al. Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. Journal of Pain and Symptom Management. 2013;45(5):822-31.
- (22) Rodríguez Rodríguez P, Sánchez Barba M, Del Barco Morillo E. Investigación en musicoterapia sobre la relajación, estado emocional y reducción del dolor en el enfermo oncológico. Revista de Investigación en Musicoterapia. 2017;1(1):32-47.
- (23) Serra Vila M, De Luis Molero VJ, Valls i Ballespí J. Evaluación de un programa de musicoterapia en una unidad de cuidados paliativos. La perspectiva de los cuidadores. MEDIPAL. 2016;23(3):129-40.
- (24) Porter S, McConnell T, Clarke M, Kirkwood J, Hughes N, Graham-Wisener L, et al. A critical realist evaluation of a music therapy intervention in palliative care. BMC Palliat Care. 2017;16(1):1-12.
- (25) Alegre A, Bellver I, Del Campo P, Navarro C, Ripa de la Concepción A.I, Rodríguez P. Musicoterapia en cuidados paliativos: Situación actual y registro de los profesionales en España. MUSPAL. 2016
- (26) Potvin N, Hicks M, Kronk R. Music Therapy and Nursing Cotreatment in Integrative Hospice and Palliative Care. J Hosp Palliat Nurs. 2021;23(4):309-15.
- (27) McConnell T, Graham-Wisener L, Regan J, McKeown M, Kirkwood J, Hughes N, et al. Evaluation of the effectiveness of music therapy in improving the quality of life of palliative care patients: a randomised controlled pilot and feasibility study. Pilot Feasibility Stud. 2016;2(1):1-8.
- (28) Veiga de Cabo J, Fuente Díez E, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med Segur Trab. 2008;54(210):81-8.

- (29) Muñana-Rodríguez JE, Ramírez-Elías A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *Enfermería Universitaria*. 2014;11(1):24-35.
- (30) Ochoa Sangrador C, Molina Arias M, Ortega Páez E. Inferencia estadística: estimación del tamaño muestral. *Evid Pediatr*. 2020;16:24.
- (31) García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Inv Ed Med*. 2013;2(8):217-24.
- (32) Hospital General Universitario Gregorio Marañón [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid, Sociedad Europea de Oncología Médica; 2017 [acceso 23 marzo de 2022]. Acreditan a Oncología y Cuidados Paliativos del Marañón por su integración de excelencia. Disponible en:  
<https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/noticia/acreditan-oncologia-cuidados-paliativos-maranon-su-integracion-excelencia>.
- (33) Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 2001;22. Disponible en: <https://www.rae.es/rae.html>.
- (34) Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Revista de Oncología*. 2005;28(3):33-7.
- (35) González Martínez MT. Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. *AULA*. 2009;5.
- (36) Portal del Medicamento [Internet]. Castilla y León: Portal de Salud;2019 [acceso 8 de marzo de 2022]. Cuestionario breve para la evaluación del dolor. Disponible en:  
<https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/paciente/programas-campanas/dolor/evaluacion-dolor>.
- (37) González Cabeza L, Negredo Rojo E, Bravo Adán R, Barreu Fau C, Castro Pueyo J, Gracia Casinos N. Los cuidados enfermeros en el tratamiento de la ansiedad con técnicas cognitivo-conductuales: desarrollo de un caso. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021;2(11):194.
- (38) Puiggròs C, Lecha M, Rodríguez T, Pérez-Portabella C, Planas M. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. *Nutr Hosp*. 2009;24(2):156-60.

- (39) Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50–5.
- (40) Potvin N, Hicks M, Kronk R. Music Therapy and Nursing Cotreatment in Integrative Hospice and Palliative Care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2021;23(4):309-15.
- (41) Nieves MR. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Ars Iuris Salmanticensis*. 2019;7(1):254-9.
- (42) Sánchez Bravo AA. La Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de carácter personal: diez consideraciones en torno a su contenido. *Revista de estudios políticos*. 2001;(111):201-14.

## **Anexos**

## Anexo 1: Escala de Edmonton

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duermo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada _____ Otro problema (por ej; sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

**Figura 3.** Versión española del Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado (5).

## Anexo 2: Índice de Karnofsky

<b>Tabla I</b> <i>Escala de Karnofsky</i>	
<i>Puntuación</i>	<i>Situación clínico-funcional</i>
100	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal pero con signos o síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto.

**Figura 4.** El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria (36).

## Anexo 3: Cuestionario Breve del Dolor

### Cuestionario Breve del Dolor (CBD)

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque una cruz en la zona que más le duele.

	Delante				Detrás				
Derecha									Derecha

2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *máxima* de su dolor en la última semana.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *mínima* de su dolor en la última semana.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *media* de su dolor.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor *ahora mismo*.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. En la última semana, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido.

Ningún alivio	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Alivio total
---------------	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	--------------

10. Si toma medicación, ¿cuánto tarda en volver a sentir dolor?

1. <input type="checkbox"/> La medicación para el dolor no me ayuda nada	5. <input type="checkbox"/> 4h
2. <input type="checkbox"/> 1h	6. <input type="checkbox"/> De 5 a 12h
3. <input type="checkbox"/> 2h	7. <input type="checkbox"/> Más de 12h
4. <input type="checkbox"/> 3h	8. <input type="checkbox"/> No tomo medicación para el dolor

Figura 5. Cuestionario breve para la evaluación del dolor (34).

## Anexo 4: Escala de Ansiedad de Hamilton

### Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)

Below is a list of phrases that describe certain feeling that people have. Rate the patients by finding the answer which best describes the extent to which he/she has these conditions. Select one of the five responses for each of the fourteen questions.

0 = Not present,                      1 = Mild,                      2 = Moderate,                      3 = Severe,                      4 = Very severe.

**1 Anxious mood**                       0  1  2  3  4

Worries, anticipation of the worst, fearful anticipation, irritability.

**2 Tension**                       0  1  2  3  4

Feelings of tension, fatigability, startle response, moved to tears easily, trembling, feelings of restlessness, inability to relax.

**3 Fears**                       0  1  2  3  4

Of dark, of strangers, of being left alone, of animals, of traffic, of crowds.

**4 Insomnia**                       0  1  2  3  4

Difficulty in falling asleep, broken sleep, unsatisfying sleep and fatigue on waking, dreams, nightmares, night terrors.

**5 Intellectual**                       0  1  2  3  4

Difficulty in concentration, poor memory.

**6 Depressed mood**                       0  1  2  3  4

Loss of interest, lack of pleasure in hobbies, depression, early waking, diurnal swing.

**7 Somatic (muscular)**                       0  1  2  3  4

Pains and aches, twitching, stiffness, myoclonic jerks, grinding of teeth, unsteady voice, increased muscular tone.

**8 Somatic (sensory)**                       0  1  2  3  4

Tinnitus, blurring of vision, hot and cold flushes, feelings of weakness, pricking sensation.

**9 Cardiovascular symptoms**                       0  1  2  3  4

Tachycardia, palpitations, pain in chest, throbbing of vessels, fainting feelings, missing beat.

**10 Respiratory symptoms**                       0  1  2  3  4

Pressure or constriction in chest, choking feelings, sighing, dyspnea.

**11 Gastrointestinal symptoms**                       0  1  2  3  4

Difficulty in swallowing, wind abdominal pain, burning sensations, abdominal fullness, nausea, vomiting, borborygmi, looseness of bowels, loss of weight, constipation.

**12 Genitourinary symptoms**                       0  1  2  3  4

Frequency of micturition, urgency of micturition, amenorrhea, menorrhagia, development of frigidity, premature ejaculation, loss of libido, impotence.

**13 Autonomic symptoms**                       0  1  2  3  4

Dry mouth, flushing, pallor, tendency to sweat, giddiness, tension headache, raising of hair.

**14 Behavior at interview**                       0  1  2  3  4

Fidgeting, restlessness or pacing, tremor of hands, furrowed brow, strained face, sighing or rapid respiration, facial pallor, swallowing, etc

Figura 6. The assessment of anxiety states by rating (37).

**Anexo 5:** Encuesta sobre el grado de satisfacción de los cuidadores (22).

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN**

-Datos del familiar:

SEXO:  Hombre  Mujer EDAD: \_\_\_\_\_

-Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

1. ¿Tenía experiencia previa en actividades musicales? SI / NO

2. ¿Qué actividades se han realizado durante las sesiones?

3. De las actividades que se han realizado, ¿cuál crees que ha mejorado el estado de ánimo de tu familiar?

4. ¿Cree que los síntomas que tenía su familiar mejoraron? SI / NO

5. Puntúe del 0 al 10 (0: en absoluto, 10: mucho) el grado en el que las sesiones han sido de utilidad.

-Distraerse/animarse 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Relajarse 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Fomentar su creatividad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Recibir apoyo emocional 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Mejorar la comunicación con su familiar 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Valore de forma global su experiencia con las sesiones de musicoterapia.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ¿Ha observado algún beneficio en su familiar? SI/NO ¿Cuál?

8. Le parece que las sesiones y el tiempo dedicado a ellas debería:

*se debería aumentar/ se debería reducir/ son las adecuadas*

9. ¿Recomendaría este tipo de intervención? SI/NO ¿Por qué?

10. Algún comentario o sugerencia que desee compartir:

## Anexo 6: Ficha de recogida de datos

<b>NHC:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Diagnóstico:</b>	<b>Sexo:</b>	
<b>1ª sesión</b>	<b>Pre- intervención</b>		<b>Post- intervención</b>	
	Dolor		Dolor	
	Ansiedad		Ansiedad	
	Bienestar		Bienestar	
	Estado general de salud		Estado general de salud	
	Grado de satisfacción de los cuidadores		Grado de satisfacción de los cuidadores	
<b>2ª sesión</b>	<b>Pre- intervención</b>		<b>Post- intervención</b>	
	Dolor		Dolor	
	Ansiedad		Ansiedad	
	Bienestar		Bienestar	
	Estado general de salud		Estado general de salud	
	Grado de satisfacción de los cuidadores		Grado de satisfacción de los cuidadores	

<b>3ª sesión</b>	<b>Pre- intervención</b>		<b>Post- intervención</b>	
	Dolor		Dolor	
	Ansiedad		Ansiedad	
	Bienestar		Bienestar	
	Estado general de salud		Estado general de salud	
	Grado de satisfacción de los cuidadores		Grado de satisfacción de los cuidadores	
<b>4ª sesión</b>	<b>Pre- intervención</b>		<b>Post- intervención</b>	
	Dolor		Dolor	
	Ansiedad		Ansiedad	
	Bienestar		Bienestar	
	Estado general de salud		Estado general de salud	
	Grado de satisfacción de los cuidadores		Grado de satisfacción de los cuidadores	
<b>5ª sesión</b>	<b>Pre- intervención</b>		<b>Post- intervención</b>	
	Dolor		Dolor	
	Ansiedad		Ansiedad	

	Bienestar		Bienestar	
	Estado general de salud		Estado general de salud	
	Grado de satisfacción de los cuidadores		Grado de satisfacción de los cuidadores	
<b>6ª sesión</b>	<b>Pre- intervención</b>		<b>Post- intervención</b>	
	Dolor		Dolor	
	Ansiedad		Ansiedad	
	Bienestar		Bienestar	
	Estado general de salud		Estado general de salud	
	Grado de satisfacción de los cuidadores		Grado de satisfacción de los cuidadores	

## **Anexo 7: Documento de información al paciente**

### **Datos del Investigador:**

- Nombre: María Sicilia Hernández
- Dirección de contacto: C/ Marsella nº 41
- Teléfono o forma de contacto: 696698072. [maria@mariasicilia.es](mailto:maria@mariasicilia.es)

### **Datos de la investigación:**

- Título del proyecto: *“La música como banda sonora del alma: Uso de la musicoterapia en cuidados paliativos”*
- Finalidad del proyecto: Definir los beneficios que la musicoterapia puede tener en los cuidados paliativos tanto en los pacientes como en los familiares.

- La aplicación de las diversas terapias con musicoterapia y la recogida de datos se realizará durante los meses de Febrero a Marzo de 2022.

- Los pacientes recibirán seis sesiones de musicoterapia, las tres primeras sesiones con métodos de musicoterapia pasiva y las tres últimas aplicando musicoterapia activa.

- Beneficios esperados para el participante: mejorar el control de sus síntomas, así como mejorar su comunicación y expresión de sentimientos.

### **Riesgos e inconvenientes para el paciente:**

Tras la revisión de la literatura encontrada en diversas bases de datos, no se ha detectado ningún posible efecto adverso o no deseado tras la aplicación de musicoterapia, por lo tanto, no existiría ningún riesgo para los pacientes.

El procedimiento a realizar será el siguiente:

Las sesiones se realizarán en la habitación del paciente junto con sus familiares. Antes de la intervención, se realizarán las respectivas escalas para conocer el estado del paciente en ese momento. Después comenzará la sesión, cuya duración será de 25 minutos en función del estado y las necesidades del paciente.

El objetivo es que el paciente asista a un total de 6 sesiones: 3 sesiones serán de musicoterapia pasiva, en las que el paciente no participa activamente en la creación musical, sino que escucha diversas melodías; en el resto de las sesiones, se procederá con una musicoterapia activa con actividades de composición, improvisación y movimiento.

Una vez finalizada la sesión, se aplicarán de nuevo las anteriores escalas con el objetivo de ver si el estado físico y emocional del paciente ha variado, así como ver si sus familiares han notado algún tipo de cambio o han percibido una mejora en la comunicación y expresión emocional.

**Derechos del participante con respecto a la investigación:**

- Derecho a la retirada del consentimiento, se incluirá la opción de la destrucción o de la anonimización de la muestra.
- Posibilidad de contactar con los investigadores en cualquier momento del estudio.
- Derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento sin perjuicio de su atención sanitaria; si el paciente desea retirarse del estudio debe contactar con la investigadora y cumplimentar el documento de renuncia a la participación en el estudio.
- Garantía de confidencialidad de la información obtenida en el estudio de los participantes según la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999 (42).

## Anexo 8: Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del proyecto:** “La música como banda sonora del alma: Uso de la musicoterapia en cuidados paliativos”.

Declaración del consentimiento:

Yo \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos) con DNI \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,

Declaro que:

- He leído el documento de información que se me ha entregado
- He recibido información suficiente y adecuada acerca del proyecto
- Mis dudas se han respondido de forma satisfactoria
- Tengo la posibilidad de contactar con el equipo investigador en cualquier momento de la investigación
- Se ha asegurado la confidencialidad de mis datos.

El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y puedo retirarme libremente del estudio en cualquier momento sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

Declaro que estoy satisfecho con la información que he recibido y que entiendo los objetivos del mismo.

En tales condiciones, CONSIENTO que sea llevado a cabo este estudio.

Firmo por duplicado, quedándome una copia.

Madrid, ..... de ..... De 20....

Fdo. participante: \_\_\_\_\_

Fdo. investigador: \_\_\_\_\_

## **Anexo 9: Documento de renuncia a la participación en el estudio**

### **DOCUMENTO DE RENUNCIA A LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

(Realizar en caso de retiro del estudio)

A través de este documento, comunico mi decisión de abandonar el proyecto de investigación con el título: “La música como banda sonora del alma: Uso de la musicoterapia en cuidados paliativos” en el que estaba participando.

Madrid, ..... de ..... De 20....

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_