

TESIS DOCTORAL - MIREIA SERRA VILA

COMPARACIÓN DEL EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN CON MUSICOTERAPIA PARA MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DURANTE LA SESIÓN DE QUIMIOTERAPIA: UN ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO



Universitat Ramon Llull

TESI DOCTORAL

Títol Comparación del efecto de una intervención con musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la sesión de quimioterapia: un análisis cuantitativo y cualitativo

Realitzada per Mireia Serra Vila

en el Centre Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport
Blanquerna

i en el Departament Psicologia

Dirigida per Dra. Beatriz Rodríguez Vega
Dra. Pilar Zamora Auñón

Tutora: Dra. Elisabeth Alomar Kurz

AGRADECIMIENTOS

Quiero dar las gracias en primer lugar, al universo, por el amor, el orden y la belleza que muestra en todas y cada una de las cosas.

Gracias a la música y el silencio, manifestaciones de esta belleza y que me permiten vivir, sentir, expresar, reflexionar, parar, respirar, jugar, reír, llorar, comunicarme con otros seres, compartir, aportar, buscar... y resituar cuando mi armonía se tambalea.

En segundo lugar, a todas aquellas personas y situaciones que me han hecho llegar al día de hoy tal como soy, una buscadora, amante de la verdad, el conocimiento, la vida y la alegría.

Gracias a tod@s l@s pacientes a l@s que he podido conocer a lo largo del camino y me han ayudado a profundizar en el tema de la salud y la enfermedad, en aprender a amar la vida y disfrutarla desde el más valioso presente. Especialmente a todas las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama a quien he tenido el privilegio de acompañar en una etapa de su vida desde la musicoterapia. Gracias por confiar en mi y en este trabajo.

A la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna (URL), donde me he formado como musicoterapeuta. Y a la Dra. Elisabeth Alomar, por mantener vivo el enlace con esta universidad.

A las asociaciones, hospitales, universidades, fundaciones y demás entidades que me han brindado la posibilidad de aprender mientras colaboraba y trabajaba con ellos.

A la Dra. Pilar Zamora y Dra. Beatriz Rodríguez Vega, por dejar entrar la musicoterapia en el área de oncología adultos del HULP.

A la Sra. Agustina Sánchez, supervisora de enfermería del hospital de día de oncología, en representación de toda la unidad, que ha ayudado y apoyado esta investigación desde el primer día.

A la Dra. Ángela Palao, por sus comentarios, ánimos y sonrisa constante durante el análisis cualitativo.

Al máster de musicoterapia de la UAM, por ofrecerme el HULP como centro para investigar, y al resto de musicoterapeutas, alumnos y profesionales de este hospital que han colaborado en la concreción del proyecto, la realización de sesiones, la supervisión, estadística o logística.

A mi familia y amig@s, incondicionales del tema.

A l@s compañer@s de profesión e ilusión.

A las personas, situaciones, mensajes, etc. que de manera puntual y mágica han llegado para dar ánimos, ayudar, revisar, aportar, opinar, enseñar...

A la paciencia, gran maestra y madre de toda la ciencia. Sin ella, este trabajo no hubiera visto la luz.

ÍNDICE

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Introducción	17
1.1. Motivación y justificación	19
1.2. Objetivos generales y estructura del trabajo	20
1.3. Abreviaturas	22
2. Revisión de literatura	23
2.1. Salud y enfermedad	27
2.1.1. Las personas en un entorno sanitario	28
2.2. Aspectos psicológicos en personas afectadas con cáncer	29
2.2.1. De lo físico a lo psicológico	29
2.2.1.1. Estrés y distrés psicológico	32
2.2.1.2. Depresión	34
2.2.1.3. Ansiedad	36
2.2.2. Intervenciones psicológicas en estrés, depresión y ansiedad .	37
2.3. Calidad de vida en las personas afectadas con cáncer	40
2.3.1. Calidad de vida	40
2.3.2. Calidad de vida en cáncer	41
2.4. De la música a la terapia	46
2.4.1. La música como experiencia humana	46
2.4.2. Dimensiones de la música en el ser humano	47
2.4.3. Los elementos musicales y su resonancia en la persona	47
2.4.4. Proceso de musicalización: del estímulo a la comunicación ...	49
2.4.5. El nivel terapéutico	50
2.4.5.1. Definición de musicoterapia	50
2.4.6. Hacia un abordaje de la musicoterapia	51
2.5. Musicoterapia y medicina	54
2.5.1. La musicoterapia en ámbito médico	54

2.5.2. La musicoterapia como terapia complementaria	54
2.5.3. La musicoterapia en medicina	55
2.5.4. Aplicaciones clínicas en el entorno médico	57
2.5.5. Ámbitos de aplicación en un hospital	57
2.5.6. La musicoterapia en la literatura médica científica	58
2.5.7. Técnicas de musicoterapia en medicina	59
2.6. Musicoterapia en oncología	61
2.6.1. Variabilidad de medidas estudiadas en oncología	63
2.6.1.1. Medidas psicológicas de tipo primario: Depresión, Ansiedad	64
2.6.1.2. Medidas físicas de tipo primario: Dolor	65
2.6.1.3. Medidas de tipo secundario: Calidad de vida	66
2.6.2. Musicoterapia y quimioterapia	66
2.6.3. El modelo de musicoterapia creativa (Nordoff-Robbins)	73
2.6.4. Técnicas clínicas en la musicoterapia de improvisación	78
3. Hipótesis	81
4. Objetivos	84
5. Población, material y método	85
5.1. Diseño	87
5.2. Lugar del estudio	88
5.3. Población de estudio	88
5.3.1. Criterios de inclusión	88
5.3.2. Criterios de exclusión	88
5.3.3. Criterios de retirada	88
5.3.4. Criterios éticos	89
5.4. Material y método	90
5.4.1. Intervención	90
5.4.1.1. La intervención con musicoterapia	91

5.4.2. Metodología	94
Protocolo	94
Cronograma	95
5.4.3. Evaluación e instrumentos	96
5.4.3.1. Ansiedad y depresión (HADS)	97
5.4.3.2. Calidad de vida (EORTC QLQ C-30)	97
5.4.3.3. Termómetro del distrés	98
5.4.3.4. Análisis cualitativo	99
5.4.3.5. Evaluación musical. Elementos musicales	100
5.4.4. Tamaño muestral	103
5.4.5. Análisis estadístico	103
6. Resultados	105
6.1. Reclutamiento de las participantes	107
6.2. Datos descriptivos de la población (sociodemográficos y clínicos)	109
6.3. Resultados de las escalas o instrumentos de valoración	116
6.4. Comparación de la evolución de los tests psicológicos en los diferentes grupos de intervención	122
6.4.1. Efectos inmediatos. Termómetro del Distrés	122
6.4.2. Efectos a largo plazo. HADS	124
6.4.3. Efectos a largo plazo. EORC QLQ C-30	125
6.4.4. Comparación de la evolución de los tests psicológicos	127
6.5. Resultados cualitativos	129
6.6. Datos descriptivos de los aspectos musicales y objetivos terapéuticos desarrollados durante las sesiones de musicoterapia	162
7. Discusión	167
7.1. Sobre participación	170
7.2. Sobre diseño, procedimiento y características de la muestra	174
7.2.1. Variables estudiadas e instrumentos de evaluación	174
7.2.2. Momento de pasar las herramientas	175

7.2.3. Lugar de intervención	176
7.2.4. Muestra	176
7.2.5. Abordaje musical	179
7.3. Sobre las variables:	181
7.3.1. Termómetro del distrés	181
7.3.2. Ansiedad y depresión (HADS)	183
7.3.3. Calidad de vida (EORTC QLQ C-30)	187
7.4. Sobre la musicoterapia	190
7.6. Limitaciones del estudio	198
7.7. Propuestas para futuras líneas de investigación	200
8. Conclusiones	203
9. Referencias bibliográficas	207
10. Anexos	219
Anexo 1. Hoja de información al participante	221
Anexo 2. Consentimientos informados	223
Anexo 3. Hoja de datos sociodemográficos y clínicos	225
Anexo 4. Batería de tests:	227
Escala de ansiedad y depresión (HADS)	227
Escala de calidad de vida (EORTC QLQ C-30)	229
Termómetro del distrés (pre y post)	231
Anexo 5. Hoja de registro de la intervención musical	233
Anexo 6. Ejemplos de composición de canciones	234

ÍNDICE DE TABLAS

	<i>Página</i>
<i>Tabla 1.</i> Comparativa de tests en relación a la calidad de vida	44
<i>Tabla 2.</i> Técnicas de musicoterapia en medicina	60
<i>Tabla 3.</i> Investigaciones sobre musicoterapia, cáncer y quimioterapia	72
<i>Tabla 4.</i> Sesenta y cuatro técnicas clínicas en la musicoterapia de improvisación	78
<i>Tabla 5.</i> Esquema del protocolo seguido para la evaluación del estudio	95
<i>Tabla 6.</i> Cronograma de la investigación	95
<i>Tabla 7.</i> Datos sociodemográficos	109
<i>Tabla 8.</i> Datos clínicos	112
<i>Tabla 9.</i> Datos descriptivos de las variables del Termómetro del Distrés	116
<i>Tabla 10.</i> Datos descriptivos de las variables del HADS (ansiedad y depresión)	118
<i>Tabla 11.</i> Datos descriptivos de la variable Calidad de vida Global (EORTC QLQ C-30)	119
<i>Tabla 12.</i> Datos descriptivos de las variables de las subescalas del EORTC QLQ C-30	120
<i>Tabla 13.</i> Comparación en las medidas del Termómetro del Distrés entre-grupos	122
<i>Tabla 14.</i> Comparación en las medidas del HADS intra-grupos	124
<i>Tabla 15.</i> Comparación en las medidas del test Calidad de vida global (EORTC QLQ C-30) intra-grupos	125
<i>Tabla 16.</i> Estimaciones de las diferencias en las medidas de las subescalas de funcionamiento del EORTC QLQ C-30 intra-grupos	125
<i>Tabla 17.</i> Estimaciones de las diferencias medias de las subescalas de síntomas del EORTC QLQ C-30 intra-grupos	126
<i>Tabla 18.</i> Evolución de los tests psicológicos entre-grupos	128
<i>Tabla 19.</i> Temas y categorías surgidos en el análisis cualitativo	129
<i>Tabla 20.</i> Estilos musicales surgidos en las sesiones	162
<i>Tabla 21.</i> Instrumentos utilizados por paciente y musicoterapeuta a lo largo de las sesiones	163

<i>Tabla 22.</i> Técnicas musicoterapéuticas utilizadas en sesiones (sobre cada ciclo y el total)	164
<i>Tabla 23.</i> Objetivos terapéuticos trabajados con MT: evolución y porcentaje (sobre cada ciclo y el total)	165

ÍNDICE DE FIGURAS

	<i>Página</i>
<i>Figura 1.</i> Diagrama de flujo de las pacientes participantes	108
<i>Figura 2.</i> Estado civil	110
<i>Figura 3.</i> Convivencia	110
<i>Figura 4.</i> Situación laboral	111
<i>Figura 5.</i> Localización del tumor	113
<i>Figura 6.</i> Tipo de cirugía	114
<i>Figura 7.</i> Tratamiento posterior	114
<i>Figura 8.</i> Antecedentes familiares y línea de procedencia	115
<i>Figura 9.</i> Número de antecedentes	115
<i>Figura 10.</i> Evolución del Termómetro del Distrés en cada ciclo	116
<i>Figura 11.</i> Evolución de las variables HADS en ciclo 1 y 4	118
<i>Figura 12.</i> Evolución de la Calidad de vida global (EORTC QLQ C-30)	119
<i>Figura 13.</i> Evolución de las subescalas de funcionamiento	121
<i>Figura 14.</i> Evolución de las subescalas de síntomas (EORTC QLQ C-30) ...	121
<i>Figura 15.</i> Estimaciones del modelo en Termómetro del Distrés	123

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Introducción

- 1.1. Motivación y justificación
- 1.2. Objetivos generales y estructura del trabajo
- 1.3. Abreviaturas

1.1. Motivación y justificación

La música, como forma de expresión y vínculo con las otras personas, forma parte de la humanidad desde antiguo, desde nuestra evolución como seres individuales y especie.

La vida está llena de música. Los componentes que la conforman (ritmo, melodía, armonía...) se cruzan con nosotros continuamente, a veces de manera sutil (el ciclo de las estaciones, el latido del corazón, un tarareo), a veces de manera más evidente.

Quizá no somos conscientes de cómo la música llega y forma parte de nuestra vida, pero si lo pensamos, a nuestra mente acuden músicas, canciones, títulos, situaciones (fragmentos de conciertos, ensayos, escenas familiares...), voces... momentos (positivos o negativos) inolvidables que forman parte de nuestra trayectoria vital.

Mi acercamiento a la música, y en concreto a la musicoterapia, llegó a través de la experiencia, de la vivencia en cuerpo y alma de alguna situación acompañada por la música. El sentido o significado que saqué de esa experiencia me permitieron continuar creciendo y animarme a estudiar esta disciplina.

A menudo, además de la música, nos acompañan otras personas. Entonces la experiencia pasa del plano individual a otro más colectivo, social. Y aunque cada uno lo vivirá a su manera, es indudable que la música, la relación y el intercambio que se de (por breve que sea) nos afectará y cambiará.

Consciente de esta interdependencia, y la fuerza o poder de la música para llegar, acompañar, transformar a las personas y aliviar el sufrimiento, quise poner mi granito de arena en el ámbito clínico, especialmente hospitalario.

Y se puso en forma de investigación, para poder aportar un conocimiento que ha pasado por el cuestionarse, observar, experimentar y sintetizar.

El ámbito oncológico es el escogido para llevarlo a cabo. Es el que se presenta en este trabajo.

1.2. Objetivos generales y estructura del trabajo

La presencia del cáncer en nuestra sociedad actual es una constante palpable no solo en las estadísticas y estudios científicos, sino en el lenguaje cotidiano de nuestro día a día e incluso de ver las cosas.

Como patología, conlleva unos cambios en todos los niveles de la persona: físico (cambios en apariencia física, consecuencias del tratamiento), emocional (variabilidad de reacciones, emociones y sentimientos, estrés), cognitivo (personalidad, estilos de afrontamiento y adaptación), social y espiritual.

Conlleva sufrimiento. Pero a la vez, capacidad y posibilidad de transformación. Aprendemos, o intentamos, convivir con él, aprender con él. Este aprendizaje pasa no solo a nivel individual, de quien lo sufre, sino también a nivel familiar y social.

La medicina, desde su origen, se ha preocupado por la persona, por abordar y paliar el sufrimiento humano, por restablecer al máximo la salud cuando ésta empieza a perderse.

Su intervención quizá ha ido cambiando a lo largo de los años, los siglos, pero no su espíritu.

En esta evolución, la medicina ha pasado de una intervención basada en los aspectos más fisiológicos y el tratamiento de los síntomas, a una más global, integral. Se atiende a la persona en todas sus dimensiones. Aspectos otrora quizá irrelevantes, como el espacio de acogida, la luz, el saber comunicar las noticias, gestionar los horarios de visita... adquieren cada vez más importancia. Pues afectan a la persona, a la manera de vivir su enfermedad y afrontarla.

La necesidad, cada vez más emergente, de tratar a la persona (o ser tratada) como un ser único, integral, nos plantea retos, intervenciones que van más allá de lo estrictamente médico, biológico. Requiere un trabajo en equipo, multidisciplinar, de reflexión y colaboración.

Todos, junto a la persona, paciente, somos agentes facilitadores del cambio.

La musicoterapia es una de estas herramientas que puede apoyar este cambio. Y lo hace con una creciente literatura, una mayor evidencia científica, y apostando por un trabajo en conjunto, complementario, más que alternativo.

Conocedores de esta realidad, y basados en la experiencia del trato diario con las personas diagnosticadas con cáncer, en la escucha y lectura de sus opiniones, en el discurso compartido que establecen para dotar de significado a su situación de vida/enfermedad, planteamos desarrollar una intervención que profundice en esta realidad y necesidad.

No es la primera vez que esto sucede, pero los precedentes son escasos, no solo en nuestro país sino a nivel mundial.

La música es un arte. Los manuales del conservatorio de música iniciaban los estudios diciendo que era “el arte de combinar los sonidos” para crear algo bello, estético. Y sabemos que incide en todos los ámbitos de la persona.

En su aplicación más terapéutica será utilizada para mantener, restablecer o mejorar la salud de la persona, entendida ésta (la salud) como algo que va más allá del simple funcionamiento físico de un órgano, ausente de enfermedad, y que se extiende a un completo bienestar de la persona (según definición de la OMS, 1946). Podemos decir, entonces, que las definiciones de musicoterapia y salud convergen en esta visión integral de la persona. Hablando en términos musicales, ambas definiciones resuenan, empatizan,... en una misma frecuencia.

La intervención, planteada en esta investigación, persigue unos objetivos terapéuticos y científicos claros:

En primer lugar, evaluar la eficacia de la musicoterapia sobre unas variables de tipo psicológico habitualmente afectadas por la enfermedad y tratamiento del cáncer (ansiedad, depresión y calidad de vida), en comparación con un grupo control, que solo ha recibido el protocolo médico o de tratamiento estándar.

En segundo lugar, analizar el discurso narrativo que la propia persona hace en relación al tratamiento, la enfermedad. En definitiva, integramos su experiencia, su perspectiva, en este análisis. Le damos voz y desde ella, intentamos teorizar.

En tercer lugar, dar a conocer estos resultados y que éstos lleguen a personas, pacientes, médicos, equipos sanitarios, gestores sanitarios... para que generen discusión, así como trazar un camino, a recorrer conjuntamente, en que lo más científico y lo más humano puedan colaborar y darse la mano, en beneficio de la persona.

Estos objetivos, se encuentran reflejados en cuatro partes en este trabajo: en la primera, el marco teórico de referencia; en la segunda, la investigación propiamente dicha; en la tercera, la discusión, limitaciones y conclusiones; y cierran el trabajo, las referencias bibliográficas y los anexos.

El marco teórico nos adentra paulatinamente a los distintos ámbitos que toca este trabajo: la salud y la enfermedad; el cáncer y sus repercusiones más psicológicas-sobre todo en las variables estudiadas y en una fase de la enfermedad muy concreta, la quimioterapia; la música y su incidencia en las distintas dimensiones del ser humano; la musicoterapia como disciplina científica, especialmente en ámbito de oncología, con estudios y resultados que aportan evidencia en dichas variables; y para acabar, el modelo humanista, utilizado en la intervención musicoterapéutica.

La segunda parte presenta el trabajo de investigación. Incluye los objetivos y el diseño metodológico utilizado, la descripción de la muestra y los criterios de inclusión, los instrumentos de evaluación y el procedimiento seguido. Finalmente, se presentan los resultados cuantitativos y cualitativos, así como una descripción de los elementos musicales documentados.

La tercera parte empieza con la discusión de dichos resultados, con sus limitaciones e ideas para futuras investigaciones e intervenciones, y acaba con las conclusiones.

Cierran el trabajo, las referencias bibliográficas y los anexos (desde los aspectos más técnicos a ejemplos del material surgido de la intervención, como es la composición de canciones).

1.3. Abreviaturas

A lo largo del trabajo pueden aparecer una serie de abreviaturas, o bien de palabras generalizadas ya en el ámbito musicoterapéutico o médico, o bien acrónimos de entidades.

AMTA = American Music Therapy Association (Asociación Americana de Musicoterapia)

APA = American Pshychiatric Association

BMGIM = Bonny Method of Guided Imagery and Music (Método Bonny de Imaginación Guiada y Música)

CAM = Center for Complementary and Alternative Medicine

CIP = Cuidados Intensivos Pediátricos

DE o D Est. = Desviación Estándar

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GC = Grupo Control

GE = Grupo Experimental

HT = Hormonoterapia

HULP = Hospital Universitario La Paz

IC = Intervalo de confianza

MT = Musicoterapia

PC = Paciente

QT = Quimioterapia

RAE = Real Academia Española

RT = Radioterapia

TR = Tratamiento

UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

WFMT = World Federation of Music Therapy (Federación Mundial de Musicoterapia)

2. REVISIÓN DE LITERATURA

2. REVISIÓN DE LITERATURA

- 2.1. Salud y enfermedad
 - 2.1.1. Las personas en un entorno sanitario
- 2.2. Aspectos psicológicos en personas afectadas con cáncer
 - 2.2.1. De lo físico a lo psicológico
 - 2.2.1.1. Estrés y distrés
 - 2.2.1.2. Depresión
 - 2.2.1.3. Ansiedad
 - 2.2.2. Intervenciones psicológicas en estrés, depresión y ansiedad
- 2.3. Calidad de vida en las personas afectadas con cáncer
 - 2.3.1. Calidad de vida
 - 2.3.2. Calidad de vida en cáncer
- 2.4. De la música a la terapia
 - 2.4.1. La música como experiencia humana
 - 2.4.2. Dimensiones de la música en el ser humano
 - 2.4.3. Los elementos musicales y su resonancia en la persona
 - 2.4.4. Proceso de musicalización: del estímulo a la comunicación
 - 2.4.5. El nivel terapéutico
 - 2.4.5.1. Definición de musicoterapia
 - 2.4.6. Hacia un abordaje de la musicoterapia
- 2.5. Musicoterapia y medicina
 - 2.5.1. La musicoterapia en ámbito médico
 - 2.5.2. La musicoterapia como terapia complementaria
 - 2.5.3. La musicoterapia en medicina
 - 2.5.4. Aplicaciones clínicas en el entorno médico
 - 2.5.5. Ámbitos de aplicación en un hospital
 - 2.5.6. La musicoterapia en la literatura médica científica
 - 2.5.7. Técnicas de musicoterapia en medicina

2.6. Musicoterapia en oncología

2.6.1. Variabilidad de medidas estudiadas en oncología

2.6.1.1. Medidas psicológicas de tipo primario: Depresión, Ansiedad

2.6.1.2. Medidas físicas de tipo primario: Dolor

2.6.1.3. Medidas de tipo secundario: Calidad de vida

2.6.2. Musicoterapia y quimioterapia

2.6.3. El modelo de musicoterapia creativa (Nordoff-Robbins)

2.6.4. Técnicas clínicas en la musicoterapia de improvisación

2.1. SALUD Y ENFERMEDAD

2.1. Salud y enfermedad

2.1.1. Las personas en un entorno sanitario

Si nos preguntamos internamente qué entendemos por salud y lo exponemos en común, seguramente coincidiremos en muchos aspectos. A pesar de que provenimos de ámbitos diferentes (medicina, psicología, música, educación...), algo nos ha unido aquí: el querer utilizar la música en beneficio de la persona, especialmente cuando esta se encuentra en una situación frágil, de riesgo.

Así pues, el primer aspecto a reflexionar es la definición de salud. ¿Qué entendemos por salud?

Si leemos las definiciones que sobre salud nos dan algunos diccionarios, observaremos distintos tipos de enfoques:

Salud

(Del latín: *salus*, -ustis).

1. f. Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.
2. f. Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado. (Real Academia Española [RAE], 2001)

“Estado en el que hay una situación óptima de bienestar físico, mental y social, y no como una ausencia de enfermedad”. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1946)

Lo mismo pasa con el término *enfermedad*:

Enfermedad

(Del latín: *infirmītas*, -ātis).

1. f. Alteración más o menos grave de la salud. (RAE, 2001)

Podemos definir una cosa como contrario a la otra (la enfermedad como ausencia o alteración de la salud), pero debemos remitir a una definición. Es en el concepto de salud donde más divergencias hay en las definiciones.

Aunque parezca obvio, este aspecto es importante, pues implica una manera de entender y enfocar la medicina.

Hasta hace unos años, en otras culturas (por ejemplo orientales, China), se consideraba buen médico aquel que no tenía ninguna persona enferma. Ejercía bien su trabajo: cuidaba de la salud de sus vecinos, que gozaban de una vida sana.

En el mundo occidental donde vivimos actualmente, parece que el mejor médico es quien más receta, más visitas atiende, más operaciones realiza, más artículos publica,... En una época de tanta competitividad y tan analítica, el dedicar más minutos a escuchar a las personas, recibir las, ofrecerles asiento, darles la mano, saber comunicar las noticias... parece un lujo.

También el concepto de atender, curar, ha cambiado. Casi siempre se había atendido a las personas enfermas en casa, en la familia se designaba a alguien que ejercía el

rol de cuidador/a, que velaba por esta persona, o se turnaban..., las personas acostumbraban a morir en casa... Actualmente los hospitales cubren este papel. El miedo al dolor, al sufrimiento, la evitación de la muerte, el no poder atenderles por cuestiones laborales, etc. hacen que llevemos las personas al hospital y que estas pasen allí más tiempo. Los roles de cuidador / paciente están cambiando.

Es en esta dualidad, entre el lenguaje científico y el humano, que la musicoterapia se abre y ayuda a abrir camino, a hacer de puente. A veces implica aprender el lenguaje y el vocabulario médico; a menudo, integrar a los familiares o acompañantes en la sesión y el proceso; casi siempre, invertir más tiempo por persona.

2.1.1. Las personas en un entorno sanitario

En un entorno sanitario, especialmente hospitalario, encontramos una gran cantidad de personas y profesionales a lo largo de todo el proceso de intervención.

Distinguimos tres grandes áreas:

- La persona enferma y sus familiares
- El personal sanitario (médico, enfermería, psicólogos, técnicos especialistas en algún tipo de pruebas, residentes o estudiantes de alguna profesión sanitaria...)
- El personal laboral (administrativo, de limpieza...)

Desde el momento de pedir cita, a la visita, las pruebas, alguna operación, el tratamiento, la revisión, el darse de alta, el *exitus*... etc. la persona / paciente / usuario / cliente / enfermo pasa por muchas personas y fases, a nivel fisiológico, pero también o sobre todo, a nivel psicológico y emocional. La incertidumbre, la ansiedad, el miedo, la paciencia o impaciencia, la rabia, la aceptación y comprensión, la alegría o la euforia... pueden aparecer en cualquier momento y tener efectos en su salud, crear otra capa de problemas (por ejemplo, presión sanguínea elevada en una persona con dificultades cardíacas). La falta de control (real o imaginaria), el temor a consecuencias desconocidas, la despersonalización... también son otros aspectos importantes.

Por tanto, podemos decir que hay:

- Tipos de pacientes muy diversos (según la gravedad de la enfermedad, la persistencia crónica o aguda de la situación, la percepción de dolor, el pronóstico, las modificaciones que implican en su modo de vida, personalidad, edad...).
- Relaciones diversas entre paciente – médico o profesional sanitario, que influyen en la confianza, la actitud hacia la enfermedad, el tratamiento.
- Necesidades diversas del paciente (físicas, psicosociales, emocionales, económicas...).

Es en este último apartado donde nuestra investigación incidirá especialmente, aunque como se observará y comentará tiene repercusiones (mayoritariamente beneficiosas) en el resto de ámbitos.

2.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN PERSONAS AFECTADAS CON CÁNCER

2.2.1. De lo físico a lo psicológico

2.2.1.1. Estrés y distrés psicológico

2.2.1.2. Depresión

2.2.1.3. Ansiedad

2.2.2. Intervenciones psicológicas en estrés, depresión y ansiedad

En este apartado pretendemos dar una visión general, especialmente en conocimiento de síntomas y aspectos psicológicos, que encontraremos reflejados en el día a día hospitalario a través de las historias de vida de cada persona.

Hemos creído interesante ponerlo, siendo conscientes de su generalización, pero con el ánimo de crear un puente que enmarque el trabajo en musicoterapia, tal y como veremos en el próximo capítulo.

2.2.1 De lo físico a lo psicológico

Los diversos tratamientos farmacológicos que un paciente oncológico recibe, como quimioterapia, tienen efectos o consecuencias en la persona, y pueden ser tanto de tipo físico como psicológico.

La quimioterapia no actúa solo sobre las células tumorales sino en todo el cuerpo, ocasionando un amplio abanico de toxicidades en varios órganos. Aunque las investigaciones actuales trabajan para desarrollar nuevos fármacos tipo diana, que vayan específicamente a las células tumorales (fármacos llamados *citostáticos*), el camino por recorrer es largo y se tienen que combinar con aquellos fármacos que afectan a todo el cuerpo (fármacos *citotóxicos*).

La utilidad de la quimioterapia se basa en la balanza beneficio-toxicidad. La relación entre los dos valores determina el índice terapéutico. Para que el tratamiento sea eficaz es necesario asumir un cierto grado de toxicidad.

La toxicidad depende de muchos factores, desde los fármacos (dosis, vía de administración, tiempo de infusión, combinación con otros citostáticos, radioterapia...), al paciente (estado funcional de los órganos, especialmente los relacionados con el metabolismo y excreción del fármaco, estado general del paciente, edad).

Los efectos secundarios pueden ser inmediatos (horas, días), precoces (días o semanas), retrasados (semanas o meses) y tardíos (meses o años) (Vega, De Juan, García & López, 2004).

Para clasificar el grado de toxicidad de un tratamiento, es habitual utilizar la escala de la OMS y del Instituto Nacional de los Estados Unidos (NCI). La gradación varía entre 0 (ausencia de toxicidad) y 4 (toxicidad máxima y muerte).

También el Vademecum, al listar los citotóxicos utilizados en la quimioterapia (docetaxel, doxorubicina, flurouracil, cyclofosfamida... –son los nombres comerciales), describe efectos de toxicidad como insomnio, hipersensibilidad, cansancio, cefaleas, alteraciones visuales, náuseas, vómitos y diarreas, etc.

En general, la toxicidad se divide en dos áreas: toxicidad hematológica y extra hematológica. Las enumeramos brevemente, con los posibles aspectos que pueden abarcar (Vega et al., 2004):

Toxicidad hematológica:

- Toxicidad de la serie blanca (granulocitos), neutropenia
- Toxicidad plaquetaria
- Toxicidad de la serie roja (hematíes)

Toxicidad extrahematológica:

- Toxicidad digestiva:
 - a) Directa: mucositis, náuseas y vómitos, trastornos del ritmo intestinal (diarrea, estreñimiento)
 - b) Indirecta: enteritis neutropénica, hemorragia digestiva, toxicidad hepática
- Toxicidad cardiovascular
- Toxicidad cardíaca
- Toxicidad vascular (accidente cerebro vascular, hipertensión, hipotensión arterial, alteración de la función plaquetaria...)
- Toxicidad pulmonar
- Toxicidad neurológica
- Toxicidad renal y vesical
- Alergia o reacciones de hipersensibilidad: urticaria, edema, fiebre, hipertensión, hipotensión, taquicardia, mareo, disnea, opresión torácica, cólicos, escalofríos... Es el grupo de efectos secundarios que más preocupa a los pacientes. A menudo no están ocasionados por la quimioterapia sino por disolventes o sustancias asociadas a su formulación.
- Alopecia
- Trastornos de pigmentación o de otras lesiones de piel
- Toxicidad ocular (irritación ocular, visión borrosa, conjuntivitis...)
- Toxicidad gustativa y olfativa (alteración del gusto en las comidas -no se aprecia o tiene un sabor metálico- y que repercute en la calidad de vida)
- Disfunción sexual: tiene efectos físicos y psicológicos sobre el deseo y la actividad sexual (se reduce), así como en la reducción de la función eréctil, de la capacidad para conseguir el orgasmo, la sequedad vaginal...
- Segundas neoplasias. Derivadas de un tratamiento de QT o RT en un primer tumor. Se tienen que dar otros factores de riesgo como ambientales (tabaco, alcohol, nitratos) e individuales (déficit genético y/o inmunológico).

Es evidente que la presencia de alguno de estos efectos secundarios puede impactar psicológica y emocionalmente en la persona, sobre todo cuando afecta la apariencia física.

Esto supone cambios en el concepto y la imagen que la persona tiene de ella misma, la satisfacción con su cuerpo y la manera de relacionarse con el entorno. La persona se siente vulnerable.

Los cambios pueden ser temporales (pérdida de pelo, alteraciones en las uñas, cambios de peso) o permanentes (cicatrices resultado de cirugías, amputaciones, linfedema...).

Podemos distinguir varios factores que influyen en el cambio de la imagen corporal de la persona:

- Cambios físicos: localización y grado de discapacidad asociado: tiene más carga emocional cuando hay cambios en la zona de la cabeza y cuello, pero cuando hay pérdida de una función corporal, el aspecto físico pasa a un segundo término.
- Reacción del entorno y apoyo social percibido: miedo al rechazo, puede comportar aislamiento social, evitación de relaciones sociales...
- Disponibilidad y acceso a recursos necesarios: uso de prótesis adecuadas, ropa adaptada, acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica...
- Valoración o significado que cada uno hace de su alteración física. Es lo más importante. No es el cambio objetivo sino el significado que la persona le atribuye.

Desde el punto de vista de los pacientes con cáncer, Spiegel (1994) enumeró los temas que más les preocupan:

- Creación de redes sociales y reducción del aislamiento social
- Afrontamiento de sentimientos de incertidumbre, desesperación y falta de control
- Reducción del miedo a morir
- Reordenar las prioridades de la vida
- Mejora de las relaciones familiares y de amigos
- Aumento y optimización de la comunicación con el médico y el resto de equipo sanitario
- Adaptación a los cambios de la imagen corporal
- Aprendizaje en el manejo del dolor y la ansiedad

Estos factores constituyen un nuevo evento vital estresante al cual las personas con cáncer se tienen que afrontar. La convergencia de síntomas somáticos y psicológicos hace difícil un diagnóstico psicopatológico del paciente. La capacidad para aceptar o integrarlo en una nueva imagen corporal, encontrando situaciones alternativas que les permitan minimizar las limitaciones que puede comportar, influirá directamente en su ajuste emocional, su calidad de vida y su funcionamiento social y laboral (Fernández, 2004).

Nosotros nos centraremos especialmente en estos factores: distrés (ansiedad y depresión) y calidad de vida. Los veremos en detalle: definición, características que presentan en el ámbito oncológico, relación con parámetros y respuestas fisiológicas. Después hablaremos de aquellas intervenciones, psicológicas y/o musicoterapéuticas que han ayudado a revertir y/o mejorar estos síntomas.

Será en ese punto donde percibiremos la importancia de este tipo de intervenciones como complemento al tratamiento farmacológico. Son útiles en la reducción de síntomas, la mejora del afrontamiento a la enfermedad y los tratamientos, su aceptación y adaptación y el aumento en la calidad de vida.

2.2.1.1. Estrés y distrés psicológico

En primer lugar hablaremos del **estrés psicológico**, una gran variable asociada al cáncer y definido como una relación particular entre el individuo y el entorno, calificado como amenazante o desbordante para la persona, que se siente desbordada en sus recursos y siente la noción de peligro en su bienestar. Se produce cuando las demandas del ambiente exceden los recursos disponibles para el individuo (Lazarus & Folkman, 1986).

El estrés puede aparecer en diferentes momentos o fases de la enfermedad. El riesgo, el diagnóstico, el tratamiento, la progresión y la recurrencia del cáncer pueden resultar estresantes. La amenaza a la vida y a la integridad física es a menudo considerable. La falta de control percibido y el diagnóstico abrupto pueden suscitar miedo, desesperación u horror (Gurevich, Devins & Rodin, 2002). La sensación de vulnerabilidad y dependencia es muy fuerte.

Ulla (2003) establece cuatro situaciones o circunstancias ante las cuales se pondría desencadenar una respuesta de estrés. Todas ellas se pueden dar durante el proceso quimioterápico; son las siguientes:

- *Exposición a estímulos aversivos*: durante la exposición a estímulos aversivos se administran medicamentos con efectos secundarios tales como náuseas y vómitos, caída del pelo, leucopenia, diarrea, amenorrea, etc.
- *Exposición a estímulos discriminadores de estímulos aversivos*: la exposición a estímulos discriminadores de estímulos aversivos puede desarrollar náuseas anticipatorias a la administración del tratamiento
- *Situaciones de baja o nula predictibilidad*. Por baja predictibilidad entendemos que el paciente desconoce el resultado final del tratamiento, y por
- *Situaciones de baja o nula controlabilidad*: el paciente tiene que aceptar decisiones que están bajo control del médico.

Varios estudios han correlacionado el estrés con el sistema inmunológico y la percepción del control. Las personas que perciben unos niveles más bajos de control presentan más nivel de estrés y peores resultados en los indicadores inmunológicos (Laurens-lager et al., 1983, citado en Ulla, 2003).

Por otro lado, diversos estudios apuntan que el estrés agudo se relaciona con un aumento de la función inmunológica, mientras que el estrés sostenido o crónico está relacionado con una reducción en la competencia inmunológica (Dhabbar &

McEwenm, 1999, citado en Ulla, 2003). Recuentos de la actividad y capacidad de proliferación de varias subpoblaciones linfocitarias, niveles de secreción de cortisol previos y posteriores al tratamiento, Igm, células B, T cooperadoras y T citotóxicas, etc. son usuales en esta última década (Benett & Cohen, 1993; Carlson, Speca, Pate & Goodey, 2004).

La relación del estrés y el sistema inmunitario con el factor tiempo (antes, durante o después del cáncer) también es otro punto que necesita ser investigado (Holland, 2002).

Pasamos ahora a focalizar en el **distrés psicológico**.

Se trata de la “experiencia emocional, displacentera, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social y/o espiritual, que interfiere con la habilidad de afrontar efectivamente una enfermedad o una situación en particular” (Almanza-Muñoz & Holland, 2000).

El distrés abarca un amplio abanico de sentimientos, desde vulnerabilidad, tristeza y miedo, a problemas más incapacitantes, como pueden ser la depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y crisis espirituales (Moscoso & Knapp, 2010).

En oncología, se identifican como momentos especialmente sensibles o con alto grado de distrés emocional el diagnóstico inicial, los efectos secundarios a los distintos tratamientos, la recurrencia a la enfermedad y la fase terminal de esta (Moscoso & Knapp, 2010).

La ansiedad y la depresión son los elementos que tradicionalmente forman parte del constructo distrés psicológico. Aunque diferentes, se correlacionan significativamente. Se estima que entre un 25 y un 50% de los pacientes con cáncer pueden presentar trastornos de ansiedad y depresivos (Maté, Hollenstein & Gil, 2004).

A menudo estos trastornos no se diagnostican, sino que se consideran normales. En cambio, una ansiedad no tratada origina muchas visitas a la sala de emergencia, la falta de adherencia terapéutica, etc.

Unos autores sugieren incluir en los tests otros ítems o variables como la expresión de la cólera/ira y la pérdida de esperanza (Moscoso & Knapp, 2010).

Otros autores en cambio, se basan en una EVA sobre ansiedad y depresión, a la que añaden un listado de términos o problemas de diversa índole que el paciente debe marcar (físico, social, psicológico o espiritual). En función de lo marcado, sugieren un tipo de recursos o apoyos específicos (Holland & Chertkov, 2001).

En cuanto a síntomas (presentes o futuros, y el grado de control), algunos autores incluyen como síntomas somáticos del distrés la pérdida de apetito, la dificultad para conciliar el sueño, la pérdida de peso o la falta de apetito, mientras que otros autores los consideran efectos secundarios de los tratamientos, y/o los incluyen en escalas de calidad de vida (Moscoso & Knapp, 2010).

La interrelación o interdependencia entre síntomas físicos y aspectos psicológicos, sociales y existenciales o espirituales puede incidir en la valoración del distrés. Por ejemplo, una depresión o ansiedad pueden incrementar la experiencia de dolor, y/o al revés, el dolor puede aumentar la ansiedad y la depresión, entre otros (Holland & Chertkov, 2001).

Así pues, nos encontramos ante una experiencia, de carácter multifactorial y que puede variar entre la reacción normal y la presencia de síntomas y señales continuadas.

Lo que parece común en todos los estudios, es la necesidad de mejorar las herramientas de diagnóstico para, en primer lugar, conocer rápidamente y mejor el grado de incidencia y prevalencia del estrés, y, en segundo lugar, diseñar intervenciones que reduzcan el impacto emocional de los pacientes y sus familias (Moscoso & Knapp, 2010). El acceso a recursos específicos en los ámbitos de salud, salud mental, trabajo social o espiritual se considera necesario. Que el paciente no sienta una discontinuidad entre el servicio médico y el recurso de apoyo (Holland & Chertkov, 2001).

Otros aspectos que pueden intervenir en el sentimiento de apoyo por parte del paciente son el grado de conocimiento o educación que tenga el profesional (determinar bien cuál) que realiza la valoración inicial; el grado de confianza y comunicación entre paciente-médico, o el grado de conocimiento que tenga el paciente en cuanto a manejo de síntomas y su interacción con el tratamiento (Holland & Chertkov, 2001).

Debido todavía al estigma de la enfermedad mental, la no adecuación temprana a la detección y manejo de dicho síntoma, se propone el término estrés. Esto permite a los pacientes expresarse de manera más desenvuelta al ser preguntados.

2.2.1.2. Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que aparece asociado al cáncer. Su presencia varía entre el 1,5% y el 55% según los estudios (Bottomley, 1998; Miller, Jones & Carney, 2005), aunque la mayoría sitúan la depresión cerca del 25% (Die, 2003a).

Muchos factores se han asociado a la depresión, entre ellos, el tipo de cáncer, la edad, el sexo, la misma definición de depresión, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, la capacidad de controlar el dolor, dificultades socioeconómicas, el grado de afectación física, la duración de la hospitalización o la relación con los factores neurofisiológicos derivados del tratamiento o del mismo proceso tumoral (Rodríguez Vega et al., 2007).

Además de estos, la literatura menciona otros aspectos asociados a la sintomatología depresiva, como pueden ser las condiciones médicas (farmacológicas y disfunciones metabólicas), los antecedentes de depresión y estado de ánimo del individuo, el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas...), la falta de apoyo social, pérdidas recientes... (Maté et al., 2004).

El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) menciona los criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo, según el grado (mayor –episodio único o recidivante), distímico o no específico. Lo asocia a un deterioro funcional, laboral y social. La persona tiene que presentar, al menos durante un periodo mínimo de dos semanas, un estado de ánimo deprimido o una falta de placer o interés en prácticamente todas las actividades.

Aunque no es común encontrar los criterios del mayor grado de depresión del DSM-IV, cuando ésta aparece, puede ser tratada agresivamente como un síntoma físico, con

apoyo psicológico, psicoterapia y meditación (Holland & Chertkov, 2001; Rodin, Katz, et al., 2007; Rodin, Lloyd et al., 2007).

Algunas líneas de investigación relacionan los síntomas depresivos con el sistema inmunológico. Es el caso de los trabajos realizados por Capuron et al. (2001), por ejemplo, que encontraron una relación entre síntomas depresivos y la activación de citocinas en pacientes con cáncer y un determinado tipo de tratamiento (basado en IL-2), o los trabajos llevados a cabo por Irwin, Clark, Kennedy, Gillin y Ziegler (2003), los cuales constataron que en los individuos deprimidos la actividad de las células *natural killer* se reducía.

Otras líneas de investigación actuales asocian la depresión con la falta de recursos adaptativos y el estilo de afrontamiento de la persona a la nueva situación. También han apuntado que los estilos de afrontamiento utilizados por los pacientes con depresión se mantienen una vez superado el episodio depresivo. Finalmente, otros estudios intentan relacionar variables de personalidad con depresión y cáncer (Rodríguez Vega et al., 2007), e incluso introducir nuevas formas e intervenciones de psicoterapia de tipo existencial (Holland & Chertkov, 2001).

A pesar de la importancia de estos últimos párrafos, creemos que no es necesario extenderse más en ello. Nuestra investigación no pretende correlacionar tipologías de personalidad con sistemas de afrontamiento y depresión, ni analizar el estilo de afrontamiento de la persona. Partimos de una propuesta, cómo a través de la musicoterapia se puede acompañar en la situación y ver los resultados en una serie de variables y el discurso que elabora la persona. Aunque quizá de los resultados podamos sacar algunas conclusiones que puedan ayudar y unir más estas disciplinas (musicoterapia, medicina y psicología) y correlacionar todos los aspectos hasta ahora mencionados.

Tampoco formaba parte de nuestros criterios de inclusión que la persona presentara un cuadro de depresión, diagnosticado según los criterios de DSM-IV-TR, o cualquier otro medio.

Los instrumentos que habitualmente se utilizan para medir niveles de ansiedad son: HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), POMS (Profile Of Mood States), BSI (Brief Symptom Inventory) y STAI (State-Trait Anxiety Inventory), y para la depresión, el BDI (Beck Depression Inventory).

De todos ellos, nosotros hemos utilizado el HADS (Zigmond & Snaith, 1983) y el termómetro que aparece en la Escala del distrés (NCNN, 1999, versión traducida por Almanza-Muñoz & Holland, 2000).

La ventaja de estos instrumentos es la unión en un solo test de dos variables que medimos (ansiedad y depresión), el reducido número de preguntas a responder (14 ítems, en el caso de HADS) o la simplicidad especificada en una EVA (en el termómetro del distrés).

Otra ventaja de estos instrumentos es el poco tiempo a invertir para responder. Este aspecto es importante, pues favorece el mantenimiento de la atención constante, en un ambiente donde el ruido de las alarmas, personas que hablan o circulan, a veces televisores, etc., dificultan la concentración.

En el apartado de metodología especificaremos las características de estos instrumentos.

2.2.1.3. Ansiedad

La ansiedad (según el DSM-IV-TR) es la anticipación aprensiva de un mal o desgracia futuro, acompañado de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del mal anticipado puede ser interno o externo. Los síntomas pueden ser somáticos, cognitivos o conductuales.

Entre los síntomas somáticos podemos encontrar: alteración del ritmo cardíaco, ahogo, disnea, opresión torácica, náuseas, vómitos, mareos, dolor de cabeza, tensión, sudor, escalofríos, temblores, cansancio, dolor, insomnio, falta de apetito, reducción de la libido...

Entre los cognitivos: pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes, miedo a la muerte y a la dependencia, sobregeneralización, magnificación de los aspectos negativos, indefensión, pensamientos de culpa, miedo a perder el control...

Y entre los conductuales: aislamiento social, evitación de impulsos como adherencia al tratamiento, irritabilidad, mutismo, verborrea, inquietud, hiperactividad...

Pueden aparecer juntos, formando síndromes o trastornos de ansiedad. El DSM-IV-TR nos menciona las crisis de angustia agorafóbica, la fobia específica o social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés post-traumático y el trastorno de ansiedad generalizada (APA, 2000).

En el paciente oncológico es posible encontrar síntomas y señales de ansiedad que pueden generar un gran malestar emocional pero que no llegan a cumplir los criterios de trastorno específicos.

Entre los factores de riesgo que pueden conducir a la ansiedad están: la presencia de la ansiedad en la personalidad del individuo, el estadio de la enfermedad (cuánto más avanzado, más ansiedad), factores orgánicos (ansiedad debida a la enfermedad o sustancias) y el tratamiento oncológico (la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia) y la respuesta del tumor.

La quimioterapia es una de las causas que más ansiedad genera, incluyendo la ansiedad por la anticipación de la toxicidad previa al inicio del tratamiento, o por la repetición de náuseas y vómitos, que pueden ser síntomas condicionados y dificultar la adherencia al tratamiento (Cella, Tulskey, Gray et al., 1987, citado en Maté et al., 2004).

Algunos estudios muestran cómo la ansiedad avanza con el diagnóstico, llega al nivel máximo antes de la mastectomía, se mantiene elevada durante la cirugía y empieza a declinar después del primer año de la intervención.

En nuestro estudio hemos recogido si las pacientes han recibido un tratamiento previo/anterior (o ninguno) de cirugía. Pensamos que esto puede condicionar o no su nivel de percepción de ansiedad. También hemos obtenido información de ella a través de las verbalizaciones, ya sea por referencias directas, a síntomas u otros aspectos del proceso y enfermedad. Veremos si con la intervención con musicoterapia los niveles de ansiedad se pueden reducir o no, a corto y largo plazo.

2.2.2. Intervenciones psicológicas en estrés, depresión y ansiedad

El tratamiento para los síntomas y trastornos de ansiedad pasa por un amplio repertorio de aspectos, que incluyen medidas farmacológicas y psicoterapéuticas.

Entre las medidas farmacológicas destacamos el uso de ansiolíticos (especialmente las benzodiazepinas, que reducen la ansiedad, controlan náuseas y vómitos, y facilitan conciliar y mantener el sueño). También se utilizan antidepresivos (especialmente los inhibidores de la recaptación de serotonina, ISRS) y otros tratamientos psicofarmacológicos, que son ampliamente utilizados en oncología y han demostrado una gran eficacia.

Entre las medidas no farmacológicas, diversos tipos de intervención han demostrado su utilidad: la terapia cognitiva, la conductual, la psicoterapia de orientación dinámica, la interpersonal, existencial, y la grupal. Destacan especialmente la psicoterapia de apoyo emocional y las técnicas cognitivo-conductuales. Se dirigen a ayudar la persona en el reconocimiento de síntomas, la fuente o causa que los origina, y modificarlos mediante una serie de estrategias terapéuticas como la respiración (muscular, abdominal, utilización de la imaginación), exposición a estímulos temidos, habilidades de comunicación (asertividad), reestructuración cognitiva, ventilación emocional, escucha activa...

El modelo psico-educativo incluye además algunos aspectos más vinculados a la sociedad y el carácter social, y que nos parecen interesantes (Sirgo & Gil, 2000):

- Potenciar la solución de problemas y mejorar las estrategias de afrontamiento
- Reforzar un sentido de control de la situación
- Favorecer patrones cognitivos adaptativos
- Proporcionar una oportunidad para establecer prioridades para el futuro
- Ayudar a reducir o abolir la estigmatización social que representa la enfermedad
- Reducir el sentimiento de poco apoyo social
- Proporcionar una red de apoyo social al paciente
- Facilitar la elaboración del duelo en situaciones de pérdidas múltiples

En quimioterapia, numerosas intervenciones de carácter psicológico, han apoyado su trabajo con técnicas de hipnosis, relajación, *biofeedback*, imaginación, imaginación guiada, y musicoterapia. Vemos a continuación ejemplos de algunas de ellas.

Walker et al. (1999) intervinieron con visualización durante la quimioterapia con 96 pacientes con cáncer de mama. Además de mejorar la percepción de la calidad de vida, también midieron la ansiedad, que se redujo con la intervención.

Gruber, Hall, Hersh y Waletzky (1993) mostraron que mediante relajación, imaginería y *biofeedback* se reducían los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer de mama.

En cuanto a intervenciones más psicológicas, Andersen et al. (2004) analizaron el efecto de la intervención psicológica basada en estrategias de reducción del estrés, cambios en la conducta de la salud, adherencia al tratamiento, en 12 sesiones psicológicas grupales, durante tres meses, en el sistema inmunológico de 227 pacientes con cáncer de mama. Los efectos se observaron en la proliferación de las células T, que se mantenía o aumentaba en el grupo experimental, mientras que se reducía en el control.

Howard, Balneaves y Bottorff (2007) revisan 15 estudios cualitativos sobre las experiencias etnoculturales de mujeres con cáncer de mama. Reportan orígenes

asiáticos, afroamericanos, hispanos y aborígenes. Concretan cinco temas o áreas comunes: la experiencia del diagnóstico como ajena, así como la del tratamiento, las pérdidas asociadas al cáncer, el contexto familiar y la adaptación al cáncer a través de la espiritualidad y la implicación de la comunidad.

Rodin, Lloyd et al. (2007) realizaron una revisión sistemática del tratamiento de la depresión en cáncer para, posteriormente, establecer una guía de práctica clínica. Reportaron 11 estudios, 7 farmacológicos y 4 no farmacológicos. Constataron que la efectividad de los tratamientos de intervenciones farmacológicas y psicológicas en personas con una depresión severa es limitada, y que no hay una superioridad de una modalidad por encima de la otra. En cuanto a las intervenciones psicológicas, éstas ofrecían información y apoyo (visita a la unidad oncológica, descripción de procedimientos, facilitación de información y resolución de dudas), o facilitaban el manejo de aspectos emocionales, cognitivos y conductuales. Se establecían grupos control, con resultados significativos y favorables al grupo de intervención, especialmente cuando el seguimiento era a corto plazo.

En una línea parecida, combinando tratamiento farmacológico y no farmacológico, Rodríguez Vega, Palao et al. (2011) investigaron si una intervención basada en la terapia narrativa, acompañada por un tratamiento antidepresivo, podía obtener resultados beneficiosos sobre la depresión en 72 pacientes con cáncer no metastásico. Lo compararon con un grupo control que recibía tratamiento estándar (antidepresivos). Como resultados, constataron un aumento en las dimensiones funcionales de calidad de vida a las 12 y 24 semanas del tratamiento en el grupo experimental, aunque no se observó reducción de otros síntomas depresivos.

En otro estudio, Rodríguez Vega, Orgaz et al. (2011) profundizaron en el análisis cualitativo de los pacientes ante la experiencia de la enfermedad. Seleccionaron 72 pacientes con cáncer no metastásico (mama, pulmón y colon) y un alto nivel de depresión. Se asignaron aleatoriamente a un grupo experimental (con tratamiento antidepresivo estándar y terapia narrativa; n=39) o control (tratamiento antidepresivo estándar; n=33). La intervención psicoterapéutica consistió en 12 sesiones semanales de 45 minutos, llevadas a cabo por profesionales entrenados en terapia narrativa. Completaron la intervención 28 pacientes, divididos en pequeños grupos. La intervención se grabó en video y analizó mediante la teoría emergente. Las transcripciones se categorizaron mediante el programa Atlas.Ti. Los resultados mostraron que los pacientes del GE eran capaces de relatar mejor sus experiencias de disconfort físico y emocional y dar un significado a su experiencia de enfermedad viendo el cáncer como una oportunidad o experiencia de transformación.

Precisamente ahondar sobre el manejo y significado que el paciente le da a la experiencia oncológica es el estudio del trabajo realizado por Tighe, Molassiotis, Morris y Richardson (2011). Seguirán durante un año a 10 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, realizando 39 entrevistas mediante una aproximación de terapia narrativa. Aspectos multidimensionales como la fatiga, la adaptación al aspecto físico, salud sexual o necesidad de *counselling* afectan las relaciones con familia, amigos, compañeros de trabajo y profesionales del ámbito de la salud, influyendo significativamente en el sentido que le dan a la experiencia del cáncer, desde el síntoma a la experiencia de supervivencia.

La importancia de estos estudios, que profundizan en la experiencia del paciente oncológico, van en la misma línea de lo planteado en nuestra investigación, donde se incluye la visión y narrativa del paciente.

Enlazando estos aspectos, junto con las intervenciones realizadas previamente en este ámbito desde la musicoterapia, intentamos incidir y valorar aquellos aspectos relacionados con:

- Mejorar y favorecer el ajuste a la enfermedad, facilitar la expresión de aspectos emocionales y existenciales de la persona
- La mejora y el manejo de sintomatología específica que suele provocar la quimioterapia
- Adquirir estrategias para manejar problemas puntuales que pueden pasar durante la enfermedad y que el paciente podrá utilizar en otros momentos estresantes de su vida.

2.3. CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS AFECTADAS CON CÁNCER

2.3.1. Calidad de vida

2.3.2. Calidad de vida en cáncer

2.3.1. Calidad de vida

El concepto *Calidad de vida* aparece ampliamente utilizado en varios campos relacionados con la salud. Incluso se refleja en el lenguaje científico, donde podemos encontrar el acrónimo CVRS, cuya traducción es Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

A pesar de su popularidad, no tiene una definición universalmente aceptada, ni aparece en todos los diccionarios.

En el Diccionario de la Real Academia de la lengua española, aparece *calidad de vida*, como acepción al término *vida*. La define como el “conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida” (RAE, 2001).

En el Diccionari de la Llengua Catalana, el término *qualitat de vida* no aparece, ni como tal, ni como acepción a la palabra *qualitat (calidad)*. Para encontrar una definición en catalán tenemos que buscar en el Diccionari Enciclopèdic de Medicina, el cual, a partir de *qualitat*, define calidad de vida como “percepción que uno tiene de la calidad de su vida de acuerdo con sus propios criterios” (Diccionari Enciclopèdic de la Medicina, 2006).

El Diccionario de Medicina on-line refiere calidad de vida como el “nivel de confort, gozo, capacidad de llevar a cabo actividades de la vida diaria. Se utiliza a menudo en discusiones sobre opciones de tratamientos” (On Line Medical Dictionary, 2006).

Precisamente la referencia a los tratamientos es crucial. Desde los años noventa, aumenta el interés por evaluar el impacto de la enfermedad y el tratamiento en el sujeto, además de su salud global. Se observa en los ensayos clínicos y en la atención al paciente, donde el pase de tests sobre calidad de vida se encuentra cada vez más extendido. Esto facilita la recogida de información, el proceso de toma de decisiones y el estudio de variables psicosociales predictoras de la adaptación y la supervivencia (Die, 2003b).

Felce y Perry (1995) nos ofrecen una definición de calidad de vida y que procede del ámbito psicológico. La definen como “la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales”.

Esta definición puede suponer varios enfoques:

- a) cuantitativos, cuyo objetivo es hacer operativa la calidad de vida, para lo cual estudian o miden indicadores sociales, psicológicos y ecológicos, y
- b) cualitativos, que adoptan una postura de escucha a la persona mientras explica sus experiencias, desafíos y problemas, y cómo se la puede apoyar eficazmente (Gómez-Varela & Sabeh, 2008).

La ventaja del método cuantitativo es que puede medir, verificar y generalizar, pero al utilizar parámetros contruidos y aplicados por investigadores puede dejar de lado las verdaderas preocupaciones del paciente o sujeto de la muestra.

La combinación de la metodología cuantitativa más tradicional con la cualitativa es algo habitual en numerosas investigaciones en musicoterapia y oncología, ya que las dos se complementan y aumentan la consistencia de los resultados.

Esta posibilidad, la combinación de los dos tipos de metodología, fue la que elegimos para nuestro proyecto. Queríamos obtener el *feedback* de la persona, no solo a través de una escala, sino también a través de su respuesta verbal y su expresión musical. La idea era poder obtener, a partir de las respuestas y la metodología cualitativa, un mayor conocimiento del estado de la persona, observar en qué dirección enfocaba la respuesta. Ambos aspectos serán desarrollados a lo largo de este trabajo.

A continuación vamos a exponer un poco a nivel cuantitativo lo que podemos encontrar para medir la calidad de vida (test), a nivel psicológico. Le añadiremos el aspecto musicoterapéutico a partir del próximo capítulo, en que introduciremos la musicoterapia como disciplina científica y su aportación a la oncología.

2.3.2. Calidad de vida en cáncer

Desde los años setenta, el estudio por la calidad de vida del paciente oncológico ha ido en aumento y modificado su ámbito de estudio. En un principio los esfuerzos se enfocaron hacia la educación e información del enfermo y la actividad asistencial, pero poco a poco se amplió el interés a los aspectos psicosociales (Die, 2003b).

Este nuevo interés se debió a diversos factores, como son: optimismo por la mayor supervivencia del enfermo oncológico, el reconocimiento de un abordaje multidisciplinar y apoyar al enfermo y su familia; los derechos de los pacientes en cuanto a conocer diagnóstico, secuelas, opciones terapéuticas, participar en sus decisiones; y finalmente, la necesidad de considerar su calidad de vida (Holland, 1984).

En los años ochenta, el interés se enfocó en la prevención y las estrategias de intervención. La Asociación Americana contra el cáncer identificó seis áreas de estudio, así como la necesidad de mejorar la evaluación de la investigación. Se crearon grupos de investigación y se agruparon los temas en tres: a) los enfermos mismos, b) su entorno social y familiar, y c) variables relacionadas con el tratamiento.

Entre los grupos de investigación multidisciplinar que aparecieron destacan el Psychosocial Collaborative Oncology Group (PSYCOG), el Cancer and Leukemi Group B (CALGB) –ambos norteamericanos–, y la European Organization for the Research and Treatment of Cancer (EORTC).

En cuanto a las áreas, el ámbito del enfermo incluía estudiar su experiencia subjetiva (ansiedad, depresión, desmoralización, desesperanza, función cognitiva...), sus funciones somáticas (estatus físico, dolor, náuseas, vómitos, funcionamiento sexual) y calidad de vida, entendida como trabajo, relaciones familiares, funcionamiento social, actividades de ocio, impacto de la enfermedad y del tratamiento.

El entorno social estudiaba el funcionamiento familiar, la comunicación social y familiar, las influencias culturales y el apoyo social.

Y sobre el tratamiento, se consideró importante la adhesión terapéutica, la calidad de vida, las percepciones del enfermo sobre el cuidado recibido, y la comunicación entre enfermos y sanitarios (Cella, 1990, citado en Die, 2003b).

En los años noventa, a partir de la reunión de los Institutos Nacionales de Cáncer (en EUA) se enfocó el esfuerzo entorno a tres variables: supervivencia, morbilidad y calidad de vida (Arrarás, Martínez, Manterota & Laínez, 2004).

Aunque la definición de salud ya entrevé que la calidad de vida está implícita en ella (salud como bienestar físico, mental y social, y no meramente ausencia de enfermedad), Aaronson (1993, citado en Arrarás et al., 2004), comenta que en oncología se deberían incluir los efectos de la enfermedad y los tratamientos. Y otros autores alertan que aspectos o variables como síntomas, estado de ánimo, etc. se tienden a evaluar y utilizar como indicadores de la calidad de vida global, cuando no lo son (Osoba, 1994, citado en Arrarás et al., 2004).

Observamos, pues, una variedad de aspectos que giran alrededor de concepto de calidad de vida. A pesar de las divergencias, el esfuerzo por unificar criterios es grande.

En general, actualmente, se puede establecer un cierto consenso en cuanto a las características consideradas importantes y que enmarcan la calidad de vida:

- la subjetividad de la percepción,
- multidimensionalidad,
- temporalidad, y
- relación con el estado de salud

Es el paciente quien debe evaluar su propia calidad de vida. Esto es un aspecto subjetivo, de percepción, que variará a lo largo del tiempo, pues la situación y las condiciones a lo largo de la enfermedad irán evolucionando. También las valoraciones de personas cercanas, o de profesionales del ámbito de la salud, pueden influir en su apreciación.

Ya hemos mencionado anteriormente los aspectos cualitativos (entrevistas, narrativa, etc.) como herramienta de evaluación. Su uso se extiende cada día más en oncología, en combinación con los estudios más cuantitativos. Es importante que estos sean estandarizados, tengan un buen funcionamiento psicométrico y, cada vez más, puedan usarse en estudios transculturales.

Las investigaciones actuales o futuras pues, deberían concretar más los aspectos que realmente medirían la calidad de vida, cómo se manejarían los datos multidimensionales en un nivel clínico, su uso (clínico o como predictor), etc. (Holland, 2002).

Entre los tests utilizados para medir la salud y la calidad de vida en general, podemos mencionar el Perfil de Salud de Nottingham (PSN), el Cuestionario de Salud SF-36, el EuroQol y el índice o escala de Karnofsky.

En entorno sanitario es habitual que se pasen el test o escala de Karnofsky y la escala del ECOG, pero sobretodo el primero. En las historias clínicas de los pacientes se mencionan a menudos los resultados de esta prueba que les ha sido pasada al inicio o ingreso en la unidad. No han sido elaborados para una población específica en cáncer, pero son muy utilizados.

Existen también tests diseñados especialmente para evaluar la calidad de vida en pacientes oncológicos, como son el ECOG, el FACT y el EORTC QLQ, por citar algunos.

Aunque tienen en común la variable estudiada, empezamos por hacer un breve apunte de cada uno y acabamos con una tabla que nos permite comparar y observar diferencias y semejanzas en cuanto a las dimensiones valoradas. Todos los tests están traducidos y validados en castellano.

El Perfil de Salud de Nottingham PSN (*Nottingham Health Profile*, elaborado por Hunt, 1981, y traducido al castellano y catalán por Alonso, Antó & Moreno, 1990) valora el grado en que los problemas médicos, sociales y emocionales de la persona afectan en su distrés físico, psicológico y social. El test se divide en dos partes: en la primera, los ítems hacen referencia a seis dimensiones de la salud: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social. En la segunda, se valora el grado de limitación de la persona a consecuencia de la enfermedad en actividades funcionales de la vida diaria: trabajo, hogar, vida social, familiar y sexual, aficiones y tiempo libre.

El Cuestionario de Salud SF-36 (*Health Survey SF-36*, elaborado por Ware & Sherbourne, 1992, y traducido al castellano por Martínez et al., 1999) lo conforman 36 ítems que valoran dos áreas: el estado funcional y el bienestar emocional de la persona. En el estado funcional se miden las dimensiones física, social, limitaciones de rol por problemas físicos y limitaciones de rol por problemas económicos. En el bienestar emocional se mide la salud mental, la vitalidad y el dolor. Y una evaluación general recoge los datos de la percepción de la salud en general y en el cambio de la salud en el transcurso del tiempo. Es uno de los más genéricos y utilizados en varias poblaciones de pacientes.

El test EuroQol (EuroQol Group, 1990, traducido al castellano y catalán por Badia, 1995 y 1998, respectivamente) fue creado para evaluar el estado de salud y la calidad de vida de la persona, así como detectar cambios en este estado de salud y poderlos comparar con otros países. Se divide en tres partes: la primera, valora el estado de la salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal o autocuidado, actividades de la vida diaria, dolor/malestar, y ansiedad/depresión); la segunda parte valora el estado de la salud mediante una escala visual analógica (EVA) y la tercera parte, valora diferentes estados de salud con el fin de captar los valores de preferencia de estos estados de salud.

La escala de Karnofsky (Karnofsky & Burchenal, 1949) mide el grado de rendimiento de un individuo para llevar una vida normal, trabajar o tener cuidado y atención de sí mismo.

El ECOG (*Eastern Cooperative Oncologic Group*), diseñó en 1995 una escala para medir la calidad de vida de un paciente oncológico, especialmente en relación a su grado de capacidades, movilidad y/o dependencia. La puntuación va de 0 a 5 valorando desde la actividad completa (la persona puede llevar a cabo una actividad igual que antes de ser diagnosticada con la enfermedad), al porcentaje de horas de encamamiento, y la muerte del paciente (Oken et al., 1982). La escala ha sido validada por la OMS.

El FACT (*Functional Assessment of Cancer Therapy*) se incluye en una colección de cuestionarios (FACIT, *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*) que miden la calidad de vida en enfermedades crónicas. Hay uno específico para la calidad de vida, el FACT-G (Cella, Tulsky, Gray et al. 1993) al cual se le pueden añadir otros apartados,

según el tipo de cáncer (por ejemplo, cáncer de mama). El general se divide en cuatro subescalas: bienestar físico, ambiente social y familiar, bienestar emocional y bienestar funcional.

EORTC es el acrónimo de la *European Organization for Research and Treatment of Cancer*. Desde 1988, este grupo ha elaborado varios cuestionarios para evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, igual que el FACT. Es un test estandarizado, traducido a numerosos idiomas de la Unión Europea, y con una versión validada en castellano por Arrarás, Illarramendi y Valerdi (1995).

Este es el test escogido y utilizado en nuestra investigación. No solo es utilizado por otras investigaciones que los departamentos de psicología y oncología médica del HULP desarrollan en la unidad, sino también porque otras investigaciones de musicoterapia en cáncer, y en concreto en el hospital de día, lo han utilizado. Lo cual nos permite comparar mejor. En el apartado de metodología encontraréis especificadas las características de este instrumento.

Tabla 1
Comparativa de tests en relación a la calidad de vida

Test	Dimensiones	Aspectos, ítems
PSN	Dimensiones de la salud	Energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social
	Bienestar emocional	Salud mental, vitalidad y dolor
SF-36	Estado funcional	Físico, social, limitaciones de rol a nivel físico y económico
	Bienestar emocional	Salud mental, vitalidad, dolor
EuroQol	Estado de salud	Movilidad, cuidado personal, actividades de la vida diaria, dolor/malestar y ansiedad/depresión
	Preferencia del estado de salud	
Karnofsky	Actividad normal	Asintomático, sintomático (porcentaje de movilidad), postración en cama
	Rendimiento	Capacidad de trabajo, desde la autonomía a un cierto grado de asistencia
	Capacidad para cuidarse	Grado de discapacidad (desde el requerimiento de ayuda a la hospitalización)
	Estado terminal	Moribundo, muerte
ECOG*	Estado general	Capacidad de acción, capacidad de cuidar de si mismo, grado de movilidad y encamamiento
FACT-G*	Bienestar físico	
	Ambiente social y familiar	
	Bienestar emocional	
	Bienestar funcional	
EORTC QLQ-C30*	Funcionales	Funcionamiento físico, social, emocional, cognitivo y rol
	Síntomas	Cansancio, dolor, náuseas y vómitos
	Escala Global	Percepción de la salud y calidad de vida
		Síntomas de la enfermedad y tratamiento
		Impacto económico

*Tests elaborados especialmente para población oncológica

Resumiendo, podemos decir que las definiciones ofrecidas nos permiten ver cómo la calidad de vida abarca varios ámbitos o dimensiones, con más o menos inclusiones según el test o el diccionario, pero intentando abarcar aspectos de bienestar físico y emocional, y que esta percepción la proporciona el mismo sujeto de la investigación, que no siempre se da en algún test o registro, donde la percepción es recogida por algún miembro del equipo sanitario.

2.4. DE LA MÚSICA A LA TERAPIA

- 2.4.1. La música como experiencia humana
- 2.4.2. Dimensiones de la música en el ser humano
- 2.4.3. Los elementos musicales y su resonancia en la persona
- 2.4.4. Proceso de musicalización: del estímulo a la comunicación
- 2.4.5. El nivel terapéutico
 - 2.4.5.1. Definición de musicoterapia
- 2.4.6. Intervenciones psicológicas en estrés, depresión y ansiedad

Una vez conocidos los aspectos más propiamente clínicos (médicos, farmacológicos) y psicológicos que pueden repercutir en las personas diagnosticadas con cáncer y que siguen un tratamiento de QT, pasamos al elemento que será el núcleo de la intervención: la música. Y lo haremos de manera gradual, como proceso humano, viendo las dimensiones o áreas a las que afecta como persona, los elementos que la constituyen, así como el proceso y capacidad de ser utilizada como lenguaje e instrumento de creación y comunicación. El último apartado nos introducirá en el aspecto terapéutico, dejando la puerta abierta al capítulo siguiente, enfocado en la musicoterapia en ámbito médico.

2.4.1. La música como experiencia humana

La música forma parte de la historia de la humanidad desde sus inicios, pero su presencia no se constata siempre por el rastro sonoro que ha dejado (más reciente), sino que debemos remontarnos a yacimientos arqueológicos, pinturas murales, escritos, relieves o decoraciones cerámicas para percibir su presencia.

Los ejemplos son múltiples: desde las primeras flautas de hueso, encontradas en yacimientos paleolíticos y que sugieren un uso en actos comunitarios y por tanto, una función de cohesión social (Corbella, 2009); los textos bíblicos (el rey Saúl es aliviado del dolor y los malos espíritus que le aquejaban por el arpa de David); los papiros egipcios y los relieves de las pirámides (con ejemplos de uso en operaciones y para facilitar la fertilidad de la mujer –Papiros de Kahum, 1.284 a.C. aprox-, o como pasaporte para el más allá), textos de los filósofos griegos, etc. (Serra, 2008).

Podríamos decir que la música ha evolucionado a medida que lo ha hecho el hombre, su capacidad cognitiva, su tecnología y su desarrollo espiritual. Y esta evolución se observa tanto en el alcance de su difusión como en la complejidad musical (instrumentos iniciales de piel y madera, metálicos posteriormente; aparición de la escritura; órdenes religiosas que imprimen un fuerte carácter espiritual, de uso, organización y expansión por el continente; invención de la imprenta; creación de salas y auditorios como nuevos espacios sonoros; movimientos artísticos que valoran la expresividad y la provocación de emociones y sentimientos; estilos individuales; los nacionalismos; las vanguardias; la era digital e internet....).

Las definiciones tradicionales de la música nos hablan de “el arte de combinar bien los sonidos”. Se establece pues, la música como un producto humano, cultural, destinado a suscitar una experiencia estética y generar sentimientos.

2.4.2. Dimensiones de la música en el ser humano

En general, decimos que la música afecta a varios ámbitos o dimensiones de la naturaleza humana: física, emocional, cognitiva, social y espiritual.

A nivel físico, la música puede provocarnos cambios en la frecuencia cardíaca (acelerar o enlentecer), ritmo respiratorio, tonificación muscular, presión arterial, subir/bajar/regular la temperatura corporal, inducir la activación de hormonas, secreciones bioquímicas... En el plano emocional, nos permite facilitar la comunicación, sentir, canalizar y expresar emociones. Es capaz de facilitarnos el aprendizaje, reforzar la memoria a corto y largo plazo, secuenciar a nivel temporal, dar estructura... También nos concentra y reúne para celebraciones lúdicas, deportivas, militares. O nos permite trascender el sufrimiento, evocar, encontrar la paz, conectar con la parte más espiritual de la persona.

2.4.3. Los elementos musicales y su resonancia en la persona

La música surge de la dualidad y combinación entre silencio y sonido.

Los parámetros asociados al sonido son: altura, intensidad, timbre y duración. Dichos elementos (que Altshuler llama “respuestas talámicas” – citado en Alvin, 1984) son inherentes a toda especie humana y animal. Son elementos acústicos, no requieren funciones superiores del cerebro. Sin embargo, intervienen en el poder emocional de la música.

El resto de elementos que conforman la música provienen de la relación entre estos sonidos (intervalos). Dichos elementos son: melodía, armonía, ritmo (y forma musical). Su organización, expresión y percepción requieren un proceso más elaborado, más intelectual. Varían también según la cultura.

Puesto que estos elementos son los que como terapeutas vamos a utilizar, conviene detenernos un poco en cada uno, saber qué son, sus características y ofrecer pequeños ejemplos de cómo nos pueden afectar en estos niveles o dimensiones (basado en Gaston, 1968).

En este último punto, vemos que nos adentramos ya en otros ámbitos o terrenos de estudio, como la psicología de la música, las ciencias de la conducta, que han estudiado el poder de la música, el desarrollo del aprendizaje y las capacidades musicales, y la influencia de ésta en el comportamiento humano. De hecho, para estudiar los aspectos terapéuticos de la música, convendría trabajar junto a otras disciplinas, como la biología, la física, las ciencias sociales, la filosofía y la estética, la psicología, la neurología...

Parámetros del sonido:

Altura o frecuencia. Determinada por el número de vibraciones, ciclos por segundo o hercios (Hz) que emite el sonido. Clasificamos de agudo o grave según la frecuencia. Cuanta mayor o rápida sea ésta, más aguda es la nota. Y al revés.

En general, asociamos a las notas agudas (en contraposición a las graves), unas vibraciones rápidas, tocadas preferentemente con instrumentos pequeños o voces femeninas. Afectan fuertemente el sistema nervioso, generando un estímulo intenso, excitante. Una duración prolongada de frecuencias muy altas puede resultar estresante, pero puede ser compensada por elementos como la suavidad o el timbre.

Intensidad. Depende de la amplitud de la vibración (longitud de onda), que afecta a su volumen y potencia.

Un gran volumen de música continua puede ejercer sobre algunas personas un efecto de plenitud y protección. Puede resultar una forma de satisfacción, y no depender tanto del interés o valor musical de la composición. Un volumen alto puede contrarrestar sonidos indeseables. En cambio, un sonido débil puede producir sensación de intimidad. Al mismo tiempo la suavidad, cuando se acompaña de ritmo, puede dar sensación de fuerza.

Timbre. Es el color, la cualidad que distingue los diferentes instrumentos o voces. El sonido es un aspecto complejo, compuesto de tonos, sobretonos y armónicos, pero que percibimos como uno (fundamental). El timbre depende del número de armónicos. Se representa en forma de onda (espectro), determinada por el número de armónicos e intensidad.

Tiene una significación psicológica profunda por su poder de asociación. Antiguamente, el timbre expresaba una individualidad y estaba asociado al principio de ISO.¹

Más aspectos asociados al timbre pueden ser las diferencias de percepción entre una música estérea / no estérea; una música grabada / en directo, o la ejecución misma que realiza el músico, más allá de la técnica (nos “transmite” o no).

Duración. Es el tiempo que dura la vibración del sonido. Se asocia con el ritmo.

Elementos de la música

Melodía. Es la organización consecutiva de una serie de intervalos de sonidos y que se perciben como un todo, con identidad y sentido propio. Los sonidos se estructuran con el silencio, que pone pausas al sonido continuo.

Una melodía puede ser agradable o desagradable al oído. Dicha organización se relaciona con la cultura, que la dota de significado y permite su comprensión. En la antigua Grecia, las escalas (o modos) se asociaban a diferentes estados de ánimo, según los intervalos que contenían. Una pentatónica (por ejemplo) está ausente de tensión.

Una melodía ascendente nos puede transmitir elevación, serenidad, también huida... mientras que una descendente puede hacernos sentir dignidad o solemnidad. En cuanto a los saltos entre los sonidos (intervalos), si son pequeños pueden transmitir unidad, coherencia (como el canto gregoriano), mientras que los saltos grandes pueden crear más inestabilidad.

Armonía. Una serie de intervalos puede organizarse y combinarse según unas leyes (de nuestra música occidental), que dotan de tensión y resolución a los sonidos. En general, su unidad básica es el acorde.

¹ Término acuñado para designar una *Identidad Sonora*. Sonidos, movimientos, silencios que caracterizan a un ser humano y lo distinguen de otro, o de un grupo, cultura, universal... La etimología del nombre *Iso* (en griego) designa elementos que son de la misma condición.

² Su sistematización se produjo especialmente en un país, Estados Unidos, cuando los

En una pieza musical se pueden dar muchas tensiones y conflictos, disonancias, que pueden ser para el oyente estimulantes o perturbadoras. Toda progresión armónica tiene un significado y una emoción y atrae la atención en el tiempo hasta llegar al final, que acaba generalmente de manera armoniosa, ordenada, produciendo satisfacción emocional tanto al oyente como al ejecutante.

Ritmo. Es el elemento más dinámico, capaz de generar contraste en la música según acentos, pausas y golpes fuertes o débiles. Se combina con la altura o frecuencia y con el timbre. Es un elemento de carácter organizador: lo encontramos en nuestro organismo (frecuencia respiratoria, ritmo cardíaco, cerebral...), en el ciclo horario, las estaciones, el cosmos...

Puede tener efectos muy opuestos, desde crear movimiento a inducir sueño. Existe ritmo suave, discreto, que puede tener mucha vitalidad. Una nana, con sentimientos tiernos y tranquilos, se regula por un ritmo repetitivo simple. Por otro lado, el ritmo se relaciona con la voluntad y el autodomínio (es ordenado, físicamente fuerte y ofrece un carácter vigorizante). Puede ser también impulsivo, expresando pensamientos súbitos e inesperados (según colocación inusual de acentos, o ausencia de pausas...).

Forma musical: elemento regulador de la música, la estructura interna, establecida de manera intelectual, que mantiene las emociones dentro de un marco temporal. Una música rítmica, repetida sin fin, y sin límites de forma, puede desbocar instintos o sentimientos primitivos. A veces no se brinda al oyente el espacio seguro y contenedor.

2.4.4. Proceso de musicalización: del estímulo a la comunicación

La música es un lenguaje no verbal. Influye en la conducta, existe en términos de interacción social y es modelada por la cultura, que influye en ella.

La manera en que el sonido y la música influyen sobre las personas puede ser variada y a distintos niveles, receptivo o expresivo, puesto que la persona es emisora y receptora de mensajes sonoros. Cada vez que hay un cambio en alguna secuencia sonora se activa una respuesta.

Ya desde la etapa prenatal, la persona percibe o recibe un entorno sonoro determinado, característico de la familia y sociedad, que lo determinan. La música es percibida a un nivel psicofísico. Puede ser un elemento envolvente, suave, neutro, que favorece el bienestar. El objetivo es aportar bienestar sensorial global e incidir subconscientemente y de manera positiva, en los niveles emocionales y mentales. Es la llamada música funcional o ambiental. Para ello, se deben tener en cuenta parámetros graves y medios de altura, intensidad, timbre, duración y textura (Hemsey de Gainza, 1997).

La percepción musical es global, repercute en la totalidad del esquema corporal, en su nivel de energía y vibración, especialmente a nivel de la piel. Cuanto mayor sea el desarrollo sensorial del ser humano, más rico será su mundo externo.

Cuando la persona repara en la música y tiene la percepción que la música le ciñe, contiene, da sostén es porque ha habido una experiencia táctil y visual, y una elaboración mental del yo-piel, asociada a la noción de envoltura (Anzieu, 1985, citado por H. de Gainza, 1997).

En ese momento siente que puede apoyarse afectivamente y reposar, pues la música le ha transmitido seguridad y sensación de compañía. Le permite también proyectarse. Aunque no identifique los rasgos sonoros/musicales, éstos son importantes y cruciales porque determinan el efecto de penetración de esta música.

La exposición reiterada a fenómenos sonoros y musicales establece procesos de retroalimentación sonora (bienestar, objeto de deseo...) que finalmente desembocarán en lenguaje y objeto cultural y estético.

En la medida que la persona crece y se desarrolla, incorpora o integra más este objeto sonoro, musical, dentro de sí, que se hará más completo y preciso, autónomo. Se enriquecerá con estructuras sonoro/musicales procedentes del mundo sonoro externo, al mismo tiempo que movilizará su propio mundo sonoro interno, sus recursos internos, al servicio de la comunicación humana (inter e intrapersonal). Esta interacción de la persona con su entorno sonoro se extiende a lo largo de toda su vida, favoreciendo o enriqueciendo los vínculos entre personas y las redes sociales.

2.4.5. El nivel terapéutico

La musicoterapia parte de esta comunicación e interacción humana, teniendo como base los elementos musicales, para profundizar en los aspectos terapéuticos establecidos, de infundir vida, emerger elementos internos, promover o catalizar la comunicación (visual, gestual, sonora), etc. La música será el objeto intermediario, el elemento facilitador del cambio (Bruscia, 1999).

Para ello, el musicoterapeuta debe crear una estructura musical en la cual el paciente se encuentre seguro, cómodo y con confianza para poder desarrollar una relación terapéutica que facilite la apertura hacia el exterior y la consecución de los objetivos marcados, transformación de hábitos, simbolización... (Bageneta, 1997).

El avance terapéutico residirá en la respuesta del paciente a estos elementos musicales y ésta puede ser tan compleja como la combinación de los elementos presentes en la música.

2.4.5.1. Definición de musicoterapia

Aunque la música ha sido utilizada desde siempre para invocar, acompañar, facilitar o restablecer la salud, ésta no ha sido considerada como una disciplina científica desde la segunda mitad del siglo XX.²

La definición oficial de musicoterapia fue dada por la World Federation of Music Therapy [WFMT] en el año 1996. La define así:

“Es el uso de la música y/o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta cualificado, con un cliente o grupo de clientes, en un proceso diseñado para facilitar y promover comunicación, relación, aprendizaje, movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes con el fin de satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La Musicoterapia tiene como objetivo desarrollar potenciales y/o reparar funciones del

² Su sistematización se produjo especialmente en un país, Estados Unidos, cuando los soldados veteranos que volvían de las guerras (segunda guerra mundial, pero especialmente Vietnam) empezaron a ser tratados con música en clínicas psiquiátricas.

individuo para que así pueda alcanzar la integración inter y/o intrapersonal y consecuentemente, alcanzar una mejor calidad de vida a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento” (WFMT, 1996).

Desde esta federación se trabaja para consolidar la disciplina y dotarla de un mayor rigor científico, de carácter profesional, al mismo tiempo que se extienden los ámbitos o campos que puede abarcar.

Otras asociaciones de musicoterapia con amplia repercusión a nivel mundial (AMTA y EMCT –americana y europea, respectivamente) recogen estos postulados y la sitúan como una profesión establecida en el cuidado de la salud que mejora la calidad de vida de los pacientes y ayuda a aliviar el impacto negativo de la enfermedad, trauma o condición rehabilitadora. Se considera al musicoterapeuta como integrante del equipo sanitario y su intervención es parte del tratamiento médico activo. Las intervenciones no pueden ser únicamente recreativas o lúdicas en su naturaleza y deben ser individualizadas y basadas en objetivos específicos dentro de un plan de tratamiento. Tampoco pueden mantener meramente un cierto nivel de funcionamiento; el individuo debe mostrar algún tipo de mejora (AMTA).

Existen tres tipos de metas: generales (a qué tipo de necesidad o problema terapéutico está dirigido el modelo), específicas (de una población determinada o grupo de diagnóstico) e individuales (síntomas concretos que presenta un paciente, junto con sus recursos y capacidades).

Según el modelo escogido por el terapeuta, éste puede profundizar en aspectos u objetivos educacionales, lúdicos o más terapéuticos. Aunque a menudo coinciden, centrándonos más en los terapéuticos “se ayuda al paciente a formarse una idea de sí mismo, trabajando con sus sentimientos, problemas y síntomas, haciendo cambios básicos en su personalidad y desarrollando métodos específicos de adaptación” (Bruscia, 1999).

Evidentemente, esta consideración no se ha generalizado a nivel mundial, el reconocimiento como profesión avanza lentamente (no solo en el campo de la salud) y la integración y consideración en los equipos sanitarios fluctúa, como veremos después con la consideración de ésta como terapia complementaria, alternativa...

2.4.6. Hacia un abordaje de la musicoterapia

Conscientes que este trabajo aúna diferentes disciplinas y que no todas son conectoras de lo que es y cómo se puede abordar una sesión de musicoterapia, creemos conveniente ofrecer una visión rápida de los aspectos más importantes y básicos a la hora de abordar una intervención y una sesión.

De entrada, no existe un único modelo en musicoterapia. Siguiendo la WFMT, se reconocen cinco modelos, según sea la orientación teórica o filosófica de base, la población a la que va destinado, sus necesidades específicas, los instrumentos utilizados, el equipo terapéutico... Estos son:

- Modelo cognitivo-conductual
- Modelo Benenzon (psiconalítico)
- Modelo de Imaginación guiada y música (BMGIM)
- Modelo de musicoterapia creativa (Nordoff-Robbins) (humanista)
- Musicoterapia de libre improvisación (J. Alvin)

En este proceso terapéutico destacamos tres elementos participantes:

- el cliente o paciente
- el terapeuta
- la música (como elemento intermediario, el entorno)

Y como todo proceso terapéutico, implica unas fases de revisión de literatura, derivación de la persona, planteamiento de objetivos, planificación de la intervención (tipo de sesión, entorno, horario y duración, materiales), intervención y evaluación (inicial y final).

Cuando una persona llega a terapia proviene en general por derivación médica o también (caso de ser adulto) por iniciativa propia.

Se debe obtener la máxima información sobre el paciente y su patología para planear un buen tratamiento. La información nos da una visión de la naturaleza, causas, condiciones y diagnóstico del paciente. Y ésta procede desde el historial clínico, la entrevista clínica, la historia musical y su hacer musical. También necesitamos saber qué se ha hecho previamente con musicoterapia en el colectivo o ámbito del cual procede.

El terapeuta debe valorar durante unas sesiones a la persona, desde su capacidad de relación interpersonal, a la respuesta musical, a su estado físico, emocional, cognitivo o motivacional. La interacción sonora y musical –o verbal- da pistas de su personalidad, capacidad de diálogo, problemas, necesidades, recursos, potenciales, capacidad proyectiva (si se acerca a la música desde lo sensorial, desde la parte motriz, afectiva o mental, estableciendo un orden previo o no...).

El musicoterapeuta determina el marco y el formato de la sesión (individual, dúo, familiar o grupal) en función del modelo o la fase del tratamiento. Esto incluye la frecuencia, la duración de cada sesión y la del tratamiento. El entorno es de especial importancia: debería ofrecer confortabilidad, ser luminoso, facilitar el acceso a los instrumentos y la interacción con las personas.

En la mayoría de los casos también determina el musicoterapeuta las técnicas que se utilizarán, qué medio musical e instrumentos utilizarán tanto paciente como terapeuta (voz, instrumentos, ambos), cómo se eligen (para qué, para quién) y el modo de interacción entre ambos (solo musical y/o improvisación, o no).

Los objetivos se determinan de más general a específico, en función de las necesidades de la persona/paciente. Pueden ser de tipo musical, interpersonal (en el contexto terapéutico o social), relacionados con síntomas, intelectuales o emocionales. En general, en las terapias de improvisación se determinan diversos objetivos metodológicos:

- Establecer relaciones con el paciente
- Ayudar al paciente a sentirse seguro
- Motivar al paciente y que se sienta cómodo
- Facilitar la interacción entre el paciente y el entorno físico y social
- Preparar al paciente emocional e intelectualmente para un encuentro terapéutico
- Proporcionarle mayor comprensión y consciencia
- Inducirle a la experimentación y al cambio
- Ayudar al paciente durante ese cambio o experimentación
- Proporcionarle un sentimiento de cierre o conclusión.

A estos, se le añadirían los específicos de la persona. Es importante tener en cuenta si hay un objetivo de largo alcance o se va modificando periódicamente, según avancen las sesiones; si la sesión es individual o grupal, muy estructurada o más abierta y espontánea...

En muchos modelos se sigue una secuencia de trabajo que proporciona estructura significativa (comienzo, parte central y final) para ambos participantes. En otros, donde la sesión fluye más libremente, hay una estructura natural a la actividad en desarrollo, sin plan preconcebido. Para conseguir una dirección y significación, ambas partes buscan temas recurrentes, surgidos de un contexto emocional o musical. Se debe tener en cuenta el estado físico y emocional del paciente.

Para conseguir los objetivos, el terapeuta utilizará diversas técnicas para ello. La técnica es una operación o interacción iniciada por el terapeuta para intentar obtener una respuesta inmediata. Tiene una duración relativamente corta y engloba aspectos que pueden ser musicales o no, verbales o no, así como otros medios. Involucra al terapeuta, paciente, y también a otras personas significativas o un grupo.

Cada modelo adapta sus técnicas y las relaciona con fases determinadas del proceso. Más adelante veremos las técnicas usadas más habitualmente, en contexto clínico, médico y terapia de improvisación.

La efectividad de la intervención se valora por los cambios y evolución en los objetivos determinados por el terapeuta a lo largo de la terapia o en distintas etapas. Los resultados adquieren valores de narraciones, informes, reuniones, *feedbacks*, recolección de datos...

Podemos observar cambios en el desarrollo, en el tipo de aprendizaje, el comportamiento individual o grupal. Según el modelo, los cambios se dan de manera prefijada y en fases, o se describen términos de proceso musical de cambio o proceso interpersonal de cambio.

2.5. MUSICOTERAPIA Y MEDICINA

- 2.5.1. La musicoterapia en ámbito médico
- 2.5.2. La musicoterapia como terapia complementaria
- 2.5.3. La musicoterapia en medicina
- 2.5.4. Aplicaciones clínicas en el entorno médico
- 2.5.5. Ámbitos de aplicación en un hospital
- 2.5.6. La musicoterapia en la literatura médica científica
- 2.5.7. Técnicas de musicoterapia en medicina

2.5.1. La musicoterapia en ámbito médico

En este capítulo nos introducimos en el uso de la musicoterapia en el ámbito clínico. Considerada ya la disciplina, vemos cómo se introduce en este área, desde su consideración como terapia alternativa o complementaria, hasta la implementación en un hospital.

2.5.2. La musicoterapia como terapia complementaria

En una medicina donde cada vez más se valora el aspecto bio-psico-social y se integra el espiritual para atender de manera holística la persona, la música, en su vertiente más terapéutica, puede tener un papel esencial. Su presencia no deja de aumentar.

En un estudio publicado por Vickers y Cassileth (2001) se constata que una proporción significativa de pacientes opta por terapias no convencionales o terapias complementarias como adyuvantes al cuidado principal. Se recurre a ellas para facilitar el manejo de los síntomas (especialmente para dolor, náuseas y ansiedad) y mejorar la calidad de vida. Destacan por su papel no invasivo, así como el aumento de estudios con grupos controles que prueban sus beneficios.

En un estudio realizado en Noruega sobre su actitud en cuanto al uso de estas técnicas como alternativas o complementarias, los oncólogos especialistas optaron mayoritariamente por el carácter complementario. Su actitud era positiva, especialmente entre las mujeres (Risberg et al., 2004).

Entre dichas terapias complementarias, se encuentra la musicoterapia.

Actualmente la musicoterapia se incluye, junto a otras artes creativas, en el grupo de terapias utilizadas por la Sociedad de Oncología Integrativa (Society for Integrative Oncology, SIO) y la Medicina Complementaria y Alternativa (Center for Complementary and Alternative Medicine, CAM).³

Numerosos artículos refieren su rol de apoyo y eficacia en el tratamiento integral con pacientes oncológicos, la necesidad de crear sinergias terapéuticas entre tratamientos convencionales y complementarios mientras se investigan sus efectos a nivel

³ Recuperado el 27 de abril de 2007, de <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>

inmunitario y en la supervivencia (Carlson & Bultz, 2008; Joske, Rao & Kristjanson, 2006; Magill, 2006; Rosenthal & Dean-Clower, 2005).

Carlson y Bultz (2008) defienden la necesidad de hacer estudios metodológicos y rigurosos que evalúen las intervenciones con estos tratamientos y cómo se puede favorecer el acceso a ellos a lo largo de las distintas fases de supervivencia oncológica, teniendo en cuenta que el mayor beneficio de estas terapias reside en la oportunidad de los pacientes de acceder a ellas y seleccionarlas. Estos autores hablan de intervenciones cuerpo-mente (hipnosis, visualización/relajación, meditación, yoga y terapias creativas; la musicoterapia es considerada terapia creativa, facilitadora de aspectos emocionales y manejo de las demandas surgidas en la experiencia de cáncer).

Para evaluar este acceso a la información así como el papel que ejercen los centros especializados en cáncer en cuanto a su difusión y/o apoyo, Brauer, El Sehamy, Metz y Mao (2010) analizaron en EUA 41 páginas webs, correspondientes a 41 centros nacionales de cáncer. Evaluaban tanto la información general como la específica, su presentación y facilidad de navegación (teléfono de contacto, mención a estudios específicos, redirección al centro de CAM...). Un 29% de las páginas no contenían información sobre terapias alternativas y complementarias. De las que sí la tenían, un 51% mencionaban la musicoterapia.

La calidad informativa es mediana, solo un 17% de los centros obtiene una certificación muy notable o excelente. Los autores concluyen que hay un creciente número de páginas web de centros nacionales oncológicos con información sobre estas terapias, pero la cualidad y su navegación es muy variable. Es necesario mejorar y rediseñar el acceso a la información para los pacientes y sus familiares.

Trasladado esto a ámbito español, localizándolo en el hospital que nos ocupa, el HULP, observamos que la musicoterapia aparece mencionada escuetamente en la Guía del paciente / Servicios / Plan de humanización. No hay información específica en cuanto a ella, ni posibilidades de redirección. Aparece asociada a otros proyectos consolidados como la escuela, la sala de juegos La Pajarera, los Doctores Sonrisa, el voluntariado o la conexión a internet, entre otros.⁴

Desde estas líneas, especialmente a partir del trabajo previo realizado con musicoterapia en el hospital de día de oncología del HULP (Serra, Zamora & Rodríguez Vega, 2011), confirmamos el interés creciente por este tipo de terapias y abogamos por una mayor apertura y colaboración entre estamentos médicos, servicios y profesionales de este sector, en beneficio del paciente.

Aunque en España pocos hospitales tienen integrados en sus plantillas a musicoterapeutas, cada vez es mayor el interés, acercamiento y apoyo hacia ellos.

2.5.3. La musicoterapia en medicina

En este punto es importante mencionar y destacar la labor que realizaron algunas pioneras de la musicoterapia en el ámbito médico: Deforia Lane y Maranto, en primer lugar y Jayne M. Standley, más adelante.

⁴ Según aparece publicado en la página web del hospital http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142399380597&language=es&pagename=HospitalLaPAZ%2FPPage%2FHPAZ_contenidoFinal (información extraída el 14 de diciembre de 2011).

Deforia Lane (1991) empezó a investigar y relacionar las respuestas fisiológicas a la música. Señaló cómo un marcador fisiológico (en concreto la Inmunoglobulina Salival A –IgA) cambiaba significativamente en pacientes diagnosticados con cáncer antes y después de recibir una intervención con musicoterapia. También mejoraban en este marcador estudiantes universitarios sanos durante interacciones de musicoterapia en vivo (Tsao, et al., 1991, citado en Standley, 2010).

Maranto (1993, citada en Dileo, 1997), se sirve del modelo médico bio-psico-social para clasificar los objetivos de intervención en tres áreas:

- Reducir la ansiedad a la condición y tratamiento médico
- Reducir el dolor asociado al dolor o al tratamiento
- Mejorar el funcionamiento en lo que se refiere a la enfermedad y el tratamiento.

La misma autora Maranto (1991, 1992, citado en Dileo, 1997), enumera varias maneras en que la música y la relación con el paciente pueden ser utilizadas con el tratamiento médico:

1. Modo primario de intervención médica, donde se utiliza directamente para afectar a la salud (por ejemplo, escuchar música para reducir el dolor).
2. A un mismo nivel que un tratamiento médico (ejemplo, uso de canciones con la medicación para personas con dificultades respiratorias).
3. Como apoyo, facilitación o intensificación del tratamiento médico tradicional. (ejemplo, escuchar música durante un tratamiento en diálisis).

Y a continuación, nos expone los momentos en que puede ser utilizada (Maranto, 1993 citado en Dileo, 1997):

- a) Diagnóstico: podemos obtener información nueva, por medio de vías no verbales o imaginarias, para comprender más de cerca la condición de la salud (bio-psico-social) de la persona.
- b) Tratamiento. Los objetivos pueden ser diversos, específicos... pero entre ellos: reducir la ansiedad, la percepción de dolor, mejorar la adaptación a la enfermedad, distraer, etc.
- c) Comunicación. A través de lo no verbal, podemos observar una evolución, una pequeña respuesta o señal de cambio, aunque sea inconsciente por parte del paciente.
- d) Prevención. La persona es parte activa del proceso de salud, potenciando su respuesta inmune a través de la música.

Standley (1992b) realizó un meta-análisis evaluando la eficacia de la musicoterapia en escenarios médicos y dentales, donde hizo evidentes los beneficios de la musicoterapia en la práctica médica. El estudio fue actualizado posteriormente (Standley, 2000, en Martí & Mercadal-Brotons, 2010), ampliando el número de investigaciones y procedimientos en práctica clínica. Anotaremos algunas conclusiones de dicho estudio el apartado siguiente (2.5.6).

2.5.4. Aplicaciones clínicas en el entorno médico

La AMTA (en su página web, 2007) nos señala algunos ejemplos de necesidades que desde la música se pueden abarcar:

- Estimular a nivel cognitivo
- Facilitar habilidades de afrontamiento
- Promover el desarrollo
- Elevar el estado de ánimo
- Reducir el dolor, la ansiedad
- Aumentar la adherencia terapéutica
- Normalizar el entorno
- Orientar en la realidad
- Rehabilitar en capacidades físicas y cognitivas
- Socializar

Otra vez, la musicoterapia penetra en este espacio, íntimo y público a la vez. Busca su lugar en este entorno para, desde sus elementos, intentar beneficiar a la persona. Las respuestas son complejas, pero para que sean efectivas, deben dirigirse de manera adecuada a la persona y su situación, en toda su complejidad.

2.5.5. Ámbitos de aplicación en un hospital

A nivel clínico, podemos encontrar musicoterapia en distintos ámbitos relacionados con la salud: centros de atención primaria, clínicas dentales, etc.

Centrándonos en ámbito hospitalario (un hospital general), estas son algunas unidades donde podemos o podríamos encontrar musicoterapia (en función del despliegue de la disciplina, del país, etc.):

UCI	Problemas respiratorios
Neonatales	Unidad de quemados
CIP	Unidad de dolor
Pediatría	Psiquiatría
Cirugía	Oncología
Rehabilitación física	Cuidados paliativos

Y en otro aspecto distinto:

- Salas de espera
- Trabajo con el personal sanitario y administrativo (prevención de *burn-out*)⁵

En el HULP, donde se ha centrado esta investigación, el programa de musicoterapia atiende actualmente a población en las unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, pediatría y oncología. También se han llevado a cabo sesiones puntuales en la unidad de psiquiatría. Y anteriormente se trabajó en la unidad de quemados, y con el personal sanitario y administrativo para prevenir el *burn-out*.

⁵ También conocido como *Síndrome de estar quemado*.

2.5.6. La musicoterapia en la literatura médica científica

En la literatura sobre musicoterapia y medicina encontramos muchas alusiones, pero poco específicas, al tipo de música que utilizan, la metodología, el modelo seguido... En general, los estudios se refieren a dos tipos usos de la música:

- música pregrabada
- música en directo

Los estudios Cochrane insisten en la necesidad de distinguir, a la hora de evaluar la eficacia de la musicoterapia en cáncer, entre la intervención con música administrada por un profesional de la salud (*music medicine* –que traduciríamos por música en medicina) y aquella intervención llevada a cabo por un profesional entrenado (*music therapy* –musicoterapia) (Bradt, Dileo, Grocke & Magill, 2011).

En la música en medicina, el paciente escucha de manera pasiva una música pregrabada, ofrecida por el personal sanitario, médico y de enfermería (por ejemplo, un CD para relajarse). No hay un proceso terapéutico de por medio, ni una evaluación sistemática del elemento musical.

La presencia de este recurso cuenta con una larga tradición en ámbito sanitario. Esto ha sido debido, quizá, a una falta de profesionales especializados en musicoterapia hospitalaria por un lado, y a la necesidad de buscar y ofrecer otras herramientas que ayuden al paciente, por otro.

En un colectivo como hemodiálisis, por ejemplo, donde el paciente está muchas horas conectado a una máquina para recibir su tratamiento, Guillén y Serra (2010) han hecho un repaso a la literatura más relevante sobre la utilización de la música en ese ámbito y han constatado este aspecto mencionado (el uso de la música como elemento pasivo, y la administración de ésta por parte de otros profesionales).

El cambio a una musicoterapia más activa se ha constatado especialmente a partir de los años noventa. El número de investigaciones que se decantan por este tipo de intervención crece cada día más. Y en casos de utilizarse de manera más pasiva, se hace mención al BMGIM, un modelo de musicoterapia reconocido por la WFMT y que requiere un entrenamiento específico por parte del musicoterapeuta. También implica un protocolo y tiempo de duración de la sesión bastante larga pero con adaptaciones breves para personas con problemas de salud y condiciones físicas deterioradas (como cáncer), estableciendo el período de audición entre 6-10 minutos, con una inducción previa focalizada en síntomas físicos (Justice & Kasayka, 1999).

En musicoterapia, los musicoterapeutas son personas formadas y entrenadas, que individualizan las sesiones, adaptándose a las necesidades de sus pacientes y animándoles a participar activamente en este proceso musical mediante unas experiencias musicales, y una sistematización de estas, que incluyen evaluación inicial, tratamiento y evaluación final.

En este abordaje, los elementos musicales son ampliamente registrados y analizados, pues dentro de un contexto y relación terapéutica, constituyen el estímulo o motor del proceso de cambio (Bruscia, 1999).

Estas diferencias en la intervención podrían explicar las conclusiones mencionadas por Standley (1992b, 2000) en el meta-análisis realizado en escenarios médicos y dentales:

*“... las mujeres responden mejor a la música que los hombres..., los niños y los adolescentes responden mejor que los adultos..., la música tiene un efecto mayor cuando hay presencia de dolor, pero es menos efectiva a medida que el dolor aumenta..., **la música en directo tiene un efecto mucho mayor que la música registrada...**, la música preferida por el paciente tiene el mayor efecto...”*

Dileo y Bradt (2005) confirman los datos apuntados por Standley en una amplia gama de variables: las intervenciones realizadas en el ámbito médico llevadas a cabo por musicoterapeutas, son más efectivas que las que tienen como base la audición pregrabada (*music medicine*).

Ante las numerosas diferencias entre los estudios y sus resultados, el abordaje musical de la intervención puede ser un elemento clave en la obtención de resultados y beneficios para los pacientes.

Aunque optamos por un tipo de musicoterapia activo, estamos de acuerdo con la conclusión a la que llegan Olofsson y Fossum (2009) después de realizar un estudio hermenéutico sobre el uso de la música por parte de los profesionales de la enfermería: dado el vacío de conocimiento en aspectos musicales y su perspectiva terapéutica, es necesaria una mayor cooperación entre musicoterapeutas y enfermería para cubrir especialmente en niveles de educación y apoyo clínico.

2.5.7. Técnicas de musicoterapia en medicina

Tradicionalmente solemos decir que las técnicas de la musicoterapia son todas aquellas actividades y recursos que, a través de la música, se puedan desarrollar y enmarcar en un proceso terapéutico (Dileo, 2007, en Bradt et al., 2011). Son las siguientes:

- Cantar
- Tocar (seguir el ritmo con un instrumento)
- Audición musical en vivo (pregrabada y en directo)
- Improvisación (vocal o instrumental)
- Composición y Análisis lírica (análisis del texto)
- Música y otros elementos o modalidades (movimiento, arte, visualización)

Queremos hacer un pequeño apunte en cuanto a las técnicas y su grado de dificultad. Diferenciamos entre tocar e improvisar con instrumentos, así como cantar e improvisar vocalmente.

Aunque aparentemente pueda ser parecido, el nivel de complejidad y atrevimiento por parte del paciente es mucho mayor en la improvisación. Se pierde la noción de seguridad, de cantar o tocar algo conocido, para arriesgarse a ir más allá, tanto a nivel musical como, la mayoría de las veces, a nivel de expresión emocional.

Standley (2010) ofrece una sistematización de las técnicas aplicadas en medicina. A partir de esta, elaboramos nosotros una tabla que recoge dichas técnicas y su función. Aunque no vincula ninguna técnica especialmente con la oncología, todas ellas (y algunas más llevadas a cabo de manera activa) son utilizadas en este ámbito.

Esta tabla (página siguiente) nos servirá como preámbulo al apartado siguiente, centrado exclusivamente en oncología y las variables que han sido objeto de nuestro estudio.

Tabla 2

Técnicas de musicoterapia en medicina (basado en Standley, 2010)

Técnica	Función de la música	Objetivos terapéuticos
Audición musical y anestesia, analgesia y/o sugestión	Servir como un audioanalgésico, ansiolítico o sedante	-Reducir el dolor, la ansiedad o el estrés -Aumentar el efecto de la anestesia/analgésico -Reducir la estancia hospitalaria
Audición musical o participación con ejercicio del habla	Servir como foco de atención y/o estructura para el ejercicio	-Reducción del dolor resultante del movimiento físico -Aumentar la movilidad -Aumentar las habilidades motrices -Disminuir el tiempo del parto -Aumentar la habilidad respiratoria
Audición musical o participación con <i>counselling</i>	Iniciar y potenciar la relación terapeuta/paciente/familia	-Reducir el estrés/trauma/miedo relacionado con una enfermedad grave o terminal -Aceptar una discapacidad permanente, la muerte -Potenciar interacciones eficaces en momentos de estrés -Manejar la enfermedad y asuntos personales -Adaptarse a un trasplante de órgano
Audición musical o participación con objetivos educativos o de desarrollo	Reforzar o estructurar el aprendizaje para compensar los retrasos en el desarrollo y educativos que experimentan los niños hospitalizados	-Aumentar el aprendizaje académico -Aumentar la independencia y potenciar el desarrollo
Audición musical y estimulación	Estimular auditivamente y aumentar la conciencia de otras formas de estimulación Mejorar la memoria	-Aumentar las respuestas a estímulos -Aumentar la tolerancia a la estimulación -Reducir la depresión/ ansiedad debido a la privación sensorial -Mejorar la memoria reciente y remota
Música y <i>biofeedback</i>	Servir como refuerzo o estructura para respuestas fisiológicas	-Mejorar la conciencia, el autocontrol y seguimiento del estado fisiológico
Música y actividades de grupo	Estructurar interacciones interpersonales agradables y positivas	-Reducir la depresión/ansiedad debido al aislamiento -Aumentar sentimientos de placer y de bienestar

2.6. MUSICOTERAPIA EN ONCOLOGÍA

- 2.6.1. Variabilidad de medidas estudiadas en oncología
 - 2.6.1.1. Medidas psicológicas de tipo primario: Depresión, Ansiedad
 - 2.6.1.2. Medidas físicas de tipo primario: Dolor
 - 2.6.1.3. Medidas de tipo secundario: Calidad de vida
- 2.6.2. Musicoterapia y quimioterapia
- 2.6.3. El modelo de musicoterapia creativa (Nordoff-Robbins)
- 2.6.4. Técnicas clínicas en la musicoterapia de improvisación

Cada vez son más numerosos los artículos y revisiones de trabajos que evalúan la eficacia de estas terapias en ámbitos concretos de la salud, como el cáncer (Bardia, Barton, Prokop, Bauer & Moynihan, 2006). También se ha constatado la recurrencia a este tipo de intervenciones por parte de pacientes a medida que el cáncer avanza (Hlubocky, Ratain, Wen & Daugherty, 2007), e incluso, que determinados colectivos (cáncer de mama) tienen más tendencia a su uso que otros (cáncer de próstata) (Hann et al., 2005).

Aldridge (1993) analiza y discute la investigación en musicoterapia en el ámbito médico, enfatizando la importancia de la metodología cualitativa, la integración de diversas estrategias y teorías, y la integración de nuevos descubrimientos y avances en psiconeuroinmunología.

La importancia de la investigación, rigurosa y exhaustiva, ha sido recogida por Bunt, Burns y Turton (2000), que muestran la evolución del programa de investigación en musicoterapia en el Bristol Cancer Help Centre, sus líneas de actuación y la interacción con el resto de planes de investigación del centro.

También del año 2000 (traducido al español en 2010) es el meta-análisis de musicoterapia en ámbito médico realizado por Standley. En dicho estudio ya se apuntan los beneficios que la musicoterapia puede aportar a los pacientes con cáncer, en los diferentes tratamientos, en reducción de síntomas, etc.

Evans (2002) realizó un meta-análisis con 19 estudios controlados con pacientes hospitalizados y demostró la efectividad significativa de la musicoterapia en variables de ansiedad, humor y confort, así como la reducción del dolor en algunos procedimientos. En la mayoría de casos, la música se escucha de manera pasiva.

Hilliard (2005) hace una revisión de 11 investigaciones de musicoterapia en paliativos. En seis de ellas se muestran diferencias significativas. Entre las variables donde la música interviene favorablemente se encuentra el dolor, el bienestar físico, el cansancio y la energía física, la ansiedad y la relajación, el tiempo y duración de tratamiento, el ánimo, la espiritualidad y la calidad de vida.

La adaptación al paciente, con sus tratamientos y condiciones cambiantes a lo largo de la enfermedad, exige una aproximación muy flexible, con un planteamiento de sesiones que se mueven desde lo más establecido y programado, a lo más espontáneo y en contextos abiertos. El programa de musicoterapia ofrece una variedad de técnicas que facilitarán la participación del paciente y sus familiares en dicha terapia (O'Callaghan, 2006).

Hanser (2006) revisa el uso de la musicoterapia en oncología adultos en distintas bases de datos electrónicas médicas, psicológicas y revistas especializadas de musicoterapia. En su artículo refiere algunos de los beneficios que los pacientes pueden obtener a través de la musicoterapia, entre ellos:

- Manejo del dolor y otros síntomas (letargia, efectos secundarios...)
- Manejo del estrés emocional (ansiedad, depresión)
- Mejora en el estado de ánimo (humor)
- Mejora en la calidad de Vida
- Aumento del confort y la relajación

Esta misma autora remarca cómo la investigación en oncología de adultos está en alza y expone el amplio abanico de aspectos que se pueden encontrar a lo largo de las publicaciones: variedad de técnicas (audición, tocar música en directo, apoyar en imaginación guiada, composición y análisis lírico, música y movimiento, ..), de estilos musicales; variedad de aproximaciones psicoterapéuticas, frecuencia y duración de las sesiones, ya sean individuales o grupales; variabilidad del paciente en función de la fase médica en la que se encuentre; la importancia del impacto personal, etc.

En función de las revisiones hechas, los tres últimos autores reseñados hacen una llamada a la importancia de la investigación en el ámbito clínico. Para ello hacen unas recomendaciones, entre las cuales: un buen establecimiento de protocolos; hacer más estudios cuantitativos (por la fiabilidad y generalización de resultados); mayor número de muestra y aleatorización; presencia de un musicoterapeuta; identificar características de pacientes que potencialmente puedan sacar mayor provecho a la intervención; examinar variables fisiológicas, psicológicas, conductuales, neurológicas, inmunológicas y espirituales; controlar variables extrañas; y creación de una base de evidencia de musicoterapia.

Hasta hace unos años había muy pocos trabajos que recogieran intervenciones y resultados con pacientes afectados de cáncer y que estaban en fase de tratamiento. La mayoría se realizaban una vez terminado el tratamiento o se consideraba a los pacientes ya supervivientes (cinco años libres de recidiva). Esta tendencia está cambiando.

Otro aspecto que está cambiando es la inclusión, cada vez mayor, de la percepción que el propio paciente tiene del tratamiento o intervención que recibe. En musicoterapia, donde su participación activa puede ser determinante, el *feedback* de su experiencia y sus repercusiones a corto o largo plazo pueden ser indicadores en el grado de percepción de su sintomatología o de la calidad de vida. A corto plazo, este *feedback* puede verse incluso a lo largo de las sesiones, especialmente en formato canción, donde la letra que se compone puede recoger este *feedback*. También puede observarse en las respuestas cualitativas pre/post sesión y, a más largo plazo, en una visión retrospectiva.

Por último, la biblioteca Cochrane realiza la primera revisión sistemática sobre musicoterapia y cáncer (Bradt et al., 2011). Incluye 30 trabajos, con un total de 1891 participantes. La revisión muestra el amplio rango de intervención con la persona, a lo largo de todo su proceso de enfermedad (desde estadios más iniciales, a momentos de tratamiento con quimioterapia o radioterapia, operaciones quirúrgicas, supervivencia...) o distintos tipos de cáncer. La gran variabilidad de intervenciones implica poca homogeneidad, muchas diferencias en los estudios y resultados y una necesidad de una mayor revisión sistemática.

Aún así, en dicha revisión, se apuntan efectos beneficiosos con la musicoterapia en ansiedad, dolor, estado de ánimo y calidad de vida. Hay poco efecto en frecuencia cardíaca, ritmo respiratorio y presión sanguínea. No se constatan mejoras en depresión, fatiga o estatus físico. Y refieren pocos estudios sobre distrés, imagen corporal, saturación de oxígeno, inmunología, espiritualidad y comunicación.

Entre las recomendaciones que hace para futuras investigaciones se encuentran una mayor inclusión de estudios con grupo control, mayor abanico de variables estudiadas, detenimiento en los aspectos musicales, así como estudios cualitativos que permitan identificar factores que contribuyan o limiten la efectividad de la musicoterapia en intervenciones clínicas.

Creemos que con nuestro estudio, iniciado hace cuatro años, contribuimos y aportamos conocimiento en la dirección apuntada por esta gran institución.

2.6.1. Variabilidad de medidas estudiadas en oncología

En este apartado, queremos mostrar los estudios y las aportaciones que desde la musicoterapia se han dado a la hora de evaluar diversas variables en oncología.

Intentaremos exponer las investigaciones por variable, cronología, aspectos valorados así como por tipos de técnicas y momento de utilización. Mención especial tendrán los estudios realizados específicamente durante la quimioterapia, que ocuparán nuestro apartado final.

Queremos constatar que es difícil encontrar un parámetro solo, aunque en general se pueden agrupar en varios grupos (Bradt et al., 2011):

- Medidas de tipo primario:

a) Psicológicas: depresión, ansiedad, distrés, miedo, desesperanza, impotencia

b) Físicas: cansancio, náusea, dolor

- Medidas de tipo secundario:

a) Fisiológicas: frecuencia cardíaca, respiratoria, presión arterial (sistólica y diastólica), saturación de oxígeno, niveles de cortisol, funcionamiento del sistema inmunitario (niveles de inmunoglobulina A -IgA, niveles y actividad de *natural killer*)

b) Apoyo social y espiritual: apoyo familiar, espiritualidad, actividad social, aislamiento

c) Comunicación: verbalización, expresión facial, gestos

d) Calidad de vida

Para esta investigación, nos centraremos solo en aportar estudios de musicoterapia sobre las medidas de tipo primario (ansiedad y depresión –a nivel psicológico; y dolor, en físico) y de tipo secundario (calidad de vida).

2.6.1.1. Medidas psicológicas de tipo primario

Depresión

La revisión Cochrane de MT y oncología (Bradt et al., 2011) menciona cinco estudios que evalúan el efecto de la MT sobre depresión, en un total de 468 participantes (Cai, Qiao, Li & Pu, 2001; Cassileth et al., 2003; Clark et al., 2006; Hanser, 2006, y Wan et al., 2009). Entre las herramientas, el STAI (versión larga y reducida). Los resultados no confirmaron un beneficio con la música ($p=0.69$, Cassileth et al.) y eran inconsistentes entre ensayos.

Un dato alentador es el estudio de Allen (2010), sobre los efectos de la musicoterapia (sesiones de imaginación guiada con música) en la imagen corporal en 11 mujeres con cáncer de mama. El número de sesiones para ambos grupos fue 10. Se pasó el cuestionario Baxter sobre imagen corporal. Los resultados se compararon con los de un grupo de mujeres que seguían una intervención cognitivo conductual y fueron altamente significativos para el grupo de música ($p=0.03$).

Ansiedad

La AMTA ofrece en su página web una relación de estudios (hasta 2003) que evalúan la eficacia de la musicoterapia en la distracción y manejo del dolor. Entre estos trabajos, hay tres que documentan que participar en un grupo de musicoterapia y escuchar música reduce la ansiedad asociada a la quimioterapia. (Cai et al., 2001; Harper, 2001; Sabo & Michael, 1996). Los veremos con detenimiento en el apartado siguiente.

Burns, Harbuz, Hicklebridge y Bunt (2001) compararon el efecto de escuchar música estando relajado vs. una improvisación activa (tocar instrumentos de percusión) en grupo. Investigaron su influencia en emociones positivas y en el sistema inmunológico de pacientes con cáncer. El diseño fue pre-post, con medidas psico y fisiológicas y diseño de grupo focalizado en emociones positivas. Participaron 29 pacientes, entre 21-68 años. Los resultados muestran un aumento de bienestar y relajación, y menos tensión durante la audición; un aumento de bienestar y energía y menos tensión durante la improvisación. En ambos casos aumentan los niveles de IgA y se reducen los niveles de cortisol. A nivel psicológico, aumenta el bienestar, la relajación y los niveles alterados de energía en ambos casos. Aumento de IgA en la audición y reducción del cortisol en ambos casos después de dos días. Se encuentra una evidencia preliminar de un vínculo entre emociones positivas y sistema inmunológico.

Burns, Sledge, Fuller, Daggy y Monahan (2005), en un estudio llevado a cabo con 65 pacientes adultos afectados por cáncer reveló que la audición musical era el tipo de intervención que más interesaba a los pacientes. Este interés iba asociado a mejoras en niveles de ansiedad, efectos negativos, así como beneficios percibidos, entre otros. Los instrumentos elegidos para la evaluación fueron un cuestionario sobre preferencias e interés en la musicoterapia, el estado de ansiedad (STAI, 1983), el de aspectos positivos y negativos (PANAS, 1988), la subescala de fatiga (FACIT-F, 1988) y el COPE (1989), un test de afrontamiento a acontecimientos difíciles o estresantes.

En la revisión Cochrane sobre musicoterapia y oncología (Bradt et al., 2011), se seleccionan 16 estudios para evaluar los efectos sobre ansiedad. El grupo se divide entre los que utilizan el STAI como herramienta de medida u otras formas (EVA, escalas numéricas).

Descartados algunos estudios, se realiza un meta-análisis con siete ensayos que utilizan el STAI completo para determinar el grado de ansiedad en 386 pacientes. Los resultados muestran una reducción significativa de ansiedad entre los participantes que reciben tratamientos médicos estándar combinados con intervenciones de musicoterapia, que aquellos que solo reciben servicios médicos solo ($p=0.009$).

De los estudios que utilizan otros elementos para evaluar la ansiedad, seis en concreto, y que incluyen una muestra de 469 pacientes, los resultados sugieren una reducción significativa con la música ($p=0.0007$).

En la tabla que se presenta al final de este capítulo (Tabla 3), hemos acotado un poco más y aportado solo los resultados de aquellos estudios que hacen referencia directa a la población adulta, a la intervención durante el tratamiento de quimioterapia y/o estar hospitalizados. Hemos descartado los referentes a la población pediátrica, los que intervenían en momentos próximos a una operación como mastectomía o hacían referencia a otros tratamientos oncológicos (durante radioterapia o trasplante de médula ósea).

2.6.1.2. Medidas físicas de tipo primario

Dolor

Justice y Kasayka (1999) exponen cómo el dolor, a partir del trabajo con música y visualización, puede estar sujeto a una transformación. Esta transformación puede manifestarse en cambios en el color, las formas y se puede concretar y especificar con las células, que pueden estar sujetas a cambios de color o vibración.

En este sentido de transformación, Maman (1997) realiza un estudio donde expone una muestra de células de cultivo tumoral a sonidos realizados con distintos instrumentos musicales y también a la voz humana. Utiliza la electrofotografía para recoger la evolución de estas células a cada minuto, hasta llegar a su destrucción o muerte. En la progresión sonora se observan cambios en la forma y color del campo magnético de la célula, hasta que llegan a explotar.

Sahler, Hunter y Liesveld (2003) evaluaron el uso de la musicoterapia juntamente con la imaginación guiada con relajación sobre la frecuencia e intensidad del dolor y la náusea en 19 pacientes con TMO (Trasplante de Médula Ósea). Se realizaron dos sesiones semanales durante 15 días. Se midió el dolor mediante EVA y la náusea en el pre-post en el grupo experimental. La percepción de dolor se redujo y también se constató que se alargaba el intervalo entre vómitos. A pesar de limitaciones, continúan investigando en aspectos de modulación inmune y en características de personalidad, manejo y apoyo social que podrían moderar e influir en la eficacia de la intervención.

Bardia et al. (2006) revisan la eficacia de intervenciones hechas con terapias alternativas y complementarias en la reducción del dolor en cáncer. Entre ellas encontramos musicoterapia. Los autores remarcan que los estudios son escasos, con poca muestra de población y una intervención breve. A pesar de esto, la variable dolor mejora a corto plazo después de la intervención.

A esta misma conclusión llegan los autores de la revisión Cochrane (Bradt et al., 2011), que comparan seis ensayos para observar los beneficios de la musicoterapia en comparación a los cuidados médicos estándar (Binns-Turner, 2008; Danhauer,

2010; Huang, 2010; Kwekkeboom, 2003; Nguyen, 2010; Wan, 2009). Aunque hay una mejora, ésta no es significativa ($p=0.46$).

2.6.1.3. Medidas de tipo secundario

Calidad de vida

Burns (2001) realizó un estudio de 10 semanas de duración con ocho personas voluntarias con historial oncológico, asignándolas al grupo experimental o control de manera aleatoria. Utilizó el modelo de musicoterapia BMGIM. Evaluó el estado de ánimo y la calidad de vida mediante los tests Profile of Mood States (POMS) y Quality of Life-Cancer (QLQ-CA) en el pre-post sesión (durante 10 semanas) y a las seis semanas, como seguimiento. Los participantes del GE reportaron mejoras en estado de ánimo y calidad de vida en el pre-post y también una cierta mejora en el seguimiento.

También con esta técnica (BMGIM), Ole Bonde (2005) aplicó 10 sesiones de imaginación guiada con música a seis pacientes supervivientes de cáncer, midiendo el humor y la calidad de vida, que mejoró en todos los participantes. No había grupo control. Se diferenciaron tres tipos de música (desafiante, nutritiva o combinación de las dos). Los pacientes mostraron preferencia por el tipo de música desafiante y sugirieron que se llevara a cabo en etapas iniciales del tratamiento, momento en que reconocían necesitar mayor apoyo. Se hizo una entrevista semiestructurada y se analizó desde la teoría emergente.

La revisión Cochrane (Bradt et al., 2011) selecciona tres artículos para realizar un pequeño meta-análisis en esta variable (Burns, 2001; Hilliard, 2003; Xie et al., 2001). Los estudios incluyen 348 pacientes. Los resultados reportan un beneficio en favor de la musicoterapia, pero no significativo ($p=0.06$). Pero cuando se reduce el estudio a los dos últimos mencionados, si hay un resultado homogéneo y positivo ($p=0.00001$). En la revisión, se descarta otro estudio (Hanser et al., 2006), en el que se observan beneficios, pero no con diferencia significativa.

2.6.2. Musicoterapia y quimioterapia

Finalmente, exponemos a continuación los trabajos de musicoterapia que centran la intervención únicamente **durante la quimioterapia**, momento escogido por nosotros para enmarcar nuestra investigación.

Al evaluar los artículos, nos hemos encontrado dos aspectos que, en nuestra opinión, pueden ser importantes en el desarrollo y resultados, pero que no acaban de estar bien explicitados: el concepto *durante* la quimioterapia (no siempre significa el momento de la intervención, de la infusión; a veces representa el período en que la persona recibe el tratamiento) y el *lugar* donde se realiza la intervención (a veces en el propio hospital de día, a veces en salas aisladas y contiguas –independientes del barullo posible de un hospital de día, a veces en casa...).

Nos encontramos, pues, con una heterogeneidad inicial importante, que aumenta al constatar la diversidad de técnicas musicoterapéuticas utilizadas, la presencia o no de grupo control...

Al final del capítulo, ofreceremos un esquema de las investigaciones realizadas hasta el momento en quimioterapia, resaltando aquellos aspectos –a nuestro entender- más relevantes y útiles para poder comparar después los resultados.

En un estudio muy inicial, Frank (1985, mencionado por Standley, 2010) demuestra que los pacientes con cáncer que escuchan música durante la quimioterapia reducen sus náuseas.

La misma Standley (1992a) quiso evaluar el efecto de la música en la frecuencia y el grado de las náuseas y vómito durante la quimioterapia. Para ello, llevó a cabo una intervención con 15 pacientes afectados con distintos tipos de cáncer y evolución que recibían tratamiento de quimioterapia. Evaluaba el efecto de la audición musical en la frecuencia y el grado de las náuseas y vómito durante la quimioterapia, en el post tratamiento, como síntoma anticipatorio, niveles de ansiedad y actitudes. Escoge cuatro momentos de medición durante el tratamiento: cuando la persona se sienta en la butaca, antes de la infusión de la QT, a los 15 minutos de empezar y al final del tratamiento. Para el post, una llamada telefónica a las 48h o semana. La ansiedad se mide con temperatura del dedo periférico, interacción verbal, movimiento y piel; también actitudes sobre el cáncer y su tratamiento. 5 personas escuchan música durante los tratamientos 1-4; 5 personas, durante los TR 2-5. Y se compara con dos grupos sin música (n=2 y 3). Los resultados muestran que los dos grupos con música presentan menos náusea y hay más espacio de tiempo entre náuseas. Otras respuestas fisiológicas y observables no se presentan diferenciadas.

Un año antes, Straw (1991) inicia los estudios enfocados en comprobar el efecto de la música sobre la ansiedad y la calidad de vida en personas durante la quimioterapia. Escoge 19 pacientes, que divide en grupo control (10) y experimental (9). Invita a los participantes a escuchar una audición pregrabada (GE) o una imaginación con música y relajación (GC) durante los ciclos y a seguir diariamente en casa. Los instrumentos de evaluación son el STAI y el QoL (Quality Living Index). Los resultados mostraron que en ambos grupos la reducción de la ansiedad era significativa, pero un análisis ANCOVA posterior con los datos como covarianza, indicó que la diferencia entre ambas intervenciones no era significativa.

Sabo y Michael (1996) comprueban el efecto de un mensaje del médico grabado sobre música para un paciente sobre la ansiedad y los efectos secundarios de la quimioterapia. 97 pacientes adultos que reciben QT por primera vez son asignados a grupo control (n=50) o experimental (n=47). Ambos grupos rellenan el test de ansiedad de Spielberger (SSAI) antes de la primera QT. Después, el grupo experimental recibirá, a lo largo de cuatro ciclos, mensaje grabado con música, mientras que el control sigue el tratamiento normal. Después del cuarto ciclo, se repiten los tests. Se encuentran diferencias significativas con reducción de ansiedad en el grupo experimental, mientras que en el control la ansiedad se mantiene. No hubo diferencias en efectos secundarios.

Weber, Nuessler y Wilmans (1997) evalúan el efecto de la audición musical en la reducción del trauma emocional, ansiedad y tensión asociado al cáncer y la quimioterapia, en 33 pacientes con cáncer, que reciben citostáticos y antieméticos. Administran el STAI y tests en relación a síntomas físicos, preferencias musicales y efectividad de la música después de la terapia. El musicoterapeuta, previamente, explica el programa y ayuda a escoger la música apropiada/preferida dentro de unas categorías. La mayoría pide música para relajar y distraerse. Los pacientes reportan mucha satisfacción y solicitan música durante quimioterapias futuras. El STAI no es bien recibido. Sugieren investigar más.

Ezzone, Baker, Rosselet y Terepka (1998) comprobaron si la música como diversión durante la administración de altas dosis de QT podía afectar la percepción de la náusea y el vómito en 33 pacientes en tratamiento de TMO. Se distribuyen al azar 17 personas en grupo control (protocolo antiemético normal) y 16 en grupo experimental (protocolo antiemético normal más intervención durante las 48h posteriores a la administración de ciclofosfamida como parte del preparativo). La música, escogida por el paciente, se administra con auriculares a las 6, 9, 12 horas y al inicio de cada infusión de la terapia antiemética. Variables: uso de música, percepción de náusea y vómito. Constatan diferencias significativas entre los dos grupos en una EVA por náusea y número de episodios de vómitos (inferior en el grupo experimental). Concluyen que la música es un adyuvante efectivo en el tratamiento antiemético farmacológico para reducir náusea y vómito. Se puede iniciar por enfermeras y continuar después individualmente cada paciente.

Walker et al. (1999) trabajaron con 96 mujeres afectadas con cáncer de mama (fases T2, T3 y T4) durante seis ciclos de quimioterapia, distribuidas en grupo control o experimental de manera aleatoria. La intervención consistía en un entrenamiento con visualización de las defensas del sistema inmunitario destruyendo las células cancerígenas antes de la quimioterapia. Se midieron estado de ánimo y calidad de vida con un test pasado antes de cada ciclo y a las tres semanas del ciclo 6 (Global Self-assessment and Rotterdam Symptom Checklist, para calidad de vida, y escalas para el humor y el control emocional). Así mismo se pasaron tests de personalidad, ansiedad (HADS) y de estrategias de manejo antes de los ciclos 1 y 6. El resultado psicológico se tradujo en un aumento de la percepción de la calidad de vida y una reducción de la ansiedad.

Cai et al. (2001) estudiaron el efecto de la musicoterapia en aspectos inmunológicos (actividad de las células *Natural Killer* y recuento de subgrupos de linfocitos-T) así como aspectos psicológicos (medidos con tests SAS, SDS, MMPI y HAMD) en 182 pacientes con cáncer. Se realizaron dos grupos: experimental (128 casos) y control (54). Se realizaron pruebas inmunológicas y tests psicológicos antes y después de la sesión de quimioterapia. Un grupo recibió musicoterapia (individual o grupal) y el otro no. Los resultados indican una mejora en las pruebas inmunológicas y una reducción en los parámetros psicológicos estudiados: ansiedad (escala SAS -Self Rating Anxiety Scale), depresión (escala SDS -Self-Rating Depression Scale), personalidad (Minnesota Multiphasic Personality Inventory -MMPI), y HAMD -escala de Depresión de Hamilton en Demencia. Concluyen diciendo que la MT podría regular la emoción con el tumor, optimizar su efecto emocional, mejorar los síntomas somáticos, realzar la función inmune, motivar el principio activo y levantar el poder autorregulador en el cuerpo.

Ese mismo año, Xie et al. (2001) realizan un estudio con otra muestra numerosa, 260 pacientes, divididos en dos grupos (experimental -124- y control -136). Proponen a los pacientes del GE escuchar música pregrabada con visualización durante dos veces al día, en 20 días. La duración de cada audición es de unos 60 minutos. Los pacientes del GC reciben tratamientos estándar, sin música. Las variables estudiadas son el funcionamiento físico (medido con Karnofsky) y la calidad de vida (adaptación del test QoL para pacientes chinos con cáncer). Los resultados en este estudio fueron mejores que los de los dos estudios seleccionados por la revisión Cochrane para la variable calidad de vida (Burns, 2001; Hilliard, 2003).

También Harper (2001) diseña una investigación para 40 pacientes adultos con cáncer en período de quimioterapia. Establece dos grupos: uno con audición musical y otro que recibe los tratamientos de cuidado estándar. Analiza una sola sesión de 30 minutos. Utiliza el STAI y datos fisiológicos (frecuencia cardíaca y presión arterial)

como elementos de evaluación. Los resultados muestran un gran beneficio en favor del grupo de MT y forman parte del meta-análisis evaluado por la revisión Cochrane del año 2011.

En una experiencia realizada en España por Trallero (2004) se evaluó el efecto de la musicoterapia activa en un grupo de 6 mujeres con cáncer que habían finalizado los tratamientos, a lo largo de 13 sesiones. No había grupo control. Se evaluó la ansiedad mediante STAI al inicio y final de la intervención, además de algún auto reporte sobre la experiencia. Los resultados mostraron una gran reducción de la ansiedad (estado y rasgo) por parte de las participantes y las valoraciones fueron muy positivas.

Hanser et al. (2006) establecen un protocolo de intervención en los tres primeros ciclos de quimioterapia en mujeres afectadas por cáncer de mama metastásico. El número de pacientes es de 70 (invitados, 42 completos), repartidos en grupo experimental y control. Evalúa el estado de ansiedad y depresión (HADS), grado de funcionamiento (FACT, general y subescala espiritual), al inicio y post sesión, las 6 semanas y a los tres meses de acabar el tratamiento.

En este caso, las sesiones son llevadas a cabo por un musicoterapeuta y se utilizan técnicas más activas. La evaluación demuestra que su uso es eficaz de manera inmediata en niveles de relajación, confort, humor y ritmo cardíaco, pero no mejora en los tests de calidad de vida y la ansiedad y depresión a largo plazo (tres meses).

Bozcuk et al. (2006) probaron la eficacia de escuchar música sobre la calidad de vida en 18 mujeres con cáncer de mama que recibían tratamiento de quimioterapia adyuvante. El test administrado fue el EORTC QLQ C-30. En cuanto a la música, no formaba parte de la historia musical del paciente, ni de sus preferencias musicales. Era de tipo clásico y estándar para todos. Se puso una vez, en el segundo ciclo de QT. No hubo mejoría en ninguna de las dimensiones (subescalas) del test, aunque apuntan una mejoría o beneficio en las personas de más edad en las subescalas de pérdida de apetito y problemas de sueño (insomnio).

Ferrer (2007) constata la eficacia de la musicoterapia durante el tratamiento de quimioterapia. En este caso, distribuye 25 pacientes en un grupo experimental y 25, en un control. El grupo experimental recibe una sesión única de música en directo durante la quimioterapia. Los registros o autovaloraciones (mediante EVAs) de los pacientes indican cambios significativos a nivel inmediato en cuanto a ansiedad, cansancio, relajación y presión diastólica, pero no en la presión sistólica o ritmo cardíaco.

Serra, Juan y Barnadas (2008) recogen el comentario de Ole Bonde (2005) y realizan una investigación con 10 mujeres con cáncer de mama, en el Hospital de la santa Creu i sant Pau (Barcelona) utilizando la técnica de la imaginación guiada y música. Las pacientes se designaron al azar al grupo experimental o control. Se pasaron los tests HADS y EORTC QLQ C-30 al inicio, medio, final de tratamiento y seguimiento (21 días). Se registraron las analíticas de cada ciclo, y se pasaba una EVA en cada ciclo sobre el grado de preocupación por el tratamiento, y sobre cómo lo habían percibido en su ciclo anterior. A ambos grupos se les invitaba a ver unos videos previos de cómo responde el cuerpo ante una situación agresora, como un cuerpo cancerígeno. Después, a las pacientes del GE se les invitaba a escuchar el CD con la imaginación guiada y se les daba una copia para escucharla diariamente en casa.⁶ La

⁶ La visualización constaba de cuatro partes: una relajación para centrarse en el cuerpo, una visualización de la zona del tumor y la entrada del tratamiento como un elemento beneficioso y curativo; la lucha entre el sistema inmunitario o de defensa del cuerpo y el tumor y, finalmente, la visualización de la persona en una forma sana, con más energía, sus seres queridos, con

visualización era escuchada también en la sala de tratamiento junto con la musicoterapeuta. Las personas del GE mejoraron en depresión, funcionamiento emocional, las preguntas sobre percepción del tratamiento, y aumento de neutrófilos.

Con otra técnica de imaginación guiada y música, adaptación del modelo BMGIM, Gimeno (2008) analiza 10 casos de pacientes que se someten a quimioterapia y los compara con 10 personas que reciben una intervención basada solo con técnicas de visualización. Realiza seis intervenciones, una a la semana. Las condiciones se alternan a lo largo de las sesiones. Diez participantes empiezan con música y otras diez, sin música. Se elicitan mensajes visuales para reforzar la relajación con o sin música.

El lugar de realización es una habitación individual. La intervención empieza en la infusión de la primera quimioterapia y continúa en las cinco siguientes, haya o no quimioterapia semanal. Además, se anima a las participantes del grupo experimental a escuchar el CD con música dos veces al día, para inducir la relajación. Analiza la frecuencia cardiaca, y náuseas y vómitos (escala Likert de 1 a 4) pre-post de las participantes. Se utilizan análisis de regresión para examinar los factores que relacionan la frecuencia cardiaca con las náuseas y vómitos.

Los resultados indican una reducción significativa en la frecuencia cardiaca tanto en el grupo experimental como control. También hay una reducción significativa en la frecuencia de náuseas y vómitos a lo largo de las seis semanas de tratamiento.

Los autoreportes que realizan las pacientes, tanto en casa como en las sesiones de intervención, sugieren una mejoría en cuanto a relajación para dichas pacientes.

Bulfone, Quattrin, Zanotti, Regattin y Brusaferró (2009) comprueban el efecto de la musicoterapia pasiva sobre la ansiedad una muestra de 60 personas mientras esperan la primera quimioterapia. Se distingue grupo control (30) y experimental (30), con una aleatorización no bien especificada. El grupo experimental recibe una audición musical pregrabada con una selección variada; el grupo control, un tratamiento estándar. Se pasa el STAI. Concluyen que la audición musical puede ser una herramienta de apoyo a la práctica médica habitual para reducir ansiedad y estrés asociados a la quimioterapia.

En la misma línea de audición musical, pero durante el tratamiento (no bien especificado el momento ni lugar exacto) es el trabajo de Wan, Mao y Qjuvan (2009). Evalúan el efecto de la música en 136 pacientes con cáncer en una sola sesión sobre ansiedad (estado y rasgo, medida con STAI), depresión (CESD) y dolor (escala numérica). Encuentran diferencias significativas en todas las variables estudiadas.

Serra et al. (2011) realizan un estudio con musicoterapia con 33 mujeres afectadas con cáncer de mama durante el tratamiento de quimioterapia. Observan el efecto inmediato en los tres primeros ciclos con un pre-post test de ansiedad y depresión (Termómetro del distrés) y evalúan a largo plazo (primero-cuarto ciclo) la ansiedad y depresión con el HAD y la calidad de vida, con el EORTC QLQ C-30. No hay grupo control. Los resultados indican una mejora significativa en ansiedad y depresión medida con el Termómetro de distrés (pre-post), así como una diferencia significativa a largo plazo en ansiedad (HAD) y mejora –no significativa- en depresión. En cuanto a calidad de vida, ésta mejora a largo plazo, alcanzándose diferencia significativa en las subescalas de funcionamiento emocional y rol social.

objetivos cumplidos... Cada parte tenía una música de referencia, específicamente escogida para la ocasión siguiendo los principios del método BMGIM.

Dos estudios más, pero todavía sin resultados conclusos, se están desarrollando actualmente alrededor de la quimioterapia y el hospital de día.

El primero de ellos se lleva a cabo en el Royal Melbourne Hospital (Australia). Dicho estudio pretende evaluar la eficacia de la musicoterapia en pacientes que tienen que recibir la primera sesión de quimioterapia. Previo a su entrada al hospital de día, las personas reciben en una sala contigua una sesión de musicoterapia. El objetivo a tratar es: observar la efectividad de la musicoterapia en la reducción de la ansiedad percibida antes del tratamiento. Los instrumentos de evaluación son las escalas HADS, STAI y un autoregistro, que serán administrados antes y después de la sesión de musicoterapia. El proyecto prevé un número de 25 sujetos. Todavía sin completar, los resultados oficiosos parecen positivos⁷ (Royal Melbourne Hospital, 2008).

El segundo, nos viene de EUA, concretamente del Brown Cancer Center, en Louisville. Las pacientes son 16 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Las sesiones se llevan a cabo en el hospital de día, de manera individual. Posteriormente, se llevan a casa un CD con músicas grabadas allí o de su estilo musical. La escasa información publicada hasta el momento, no aclara las variables estudiadas, aunque menciona el confort y la fatiga.⁸ Los resultados se publicarán en el International Journal of Integrative Oncology.

En los últimos congresos mundiales de musicoterapia (Buenos Aires, 2008; Seúl, 2012)⁹ y europeo (Cádiz, 2010),¹⁰ el número de comunicaciones que versan sobre la utilización de la musicoterapia en oncología ha aumentado notablemente, pero esto no se traduce en investigaciones durante el proceso de quimioterapia. Más bien hacen referencias a técnicas utilizadas, especialmente la composición de canciones. Por lo cual, los estudios continúan siendo muy minoritarios.

Conclusión

A pesar de contar todavía con poca literatura específica sobre el tema, se constata una mayor preocupación por ofrecer y evaluar otro tipo de herramienta que beneficie y apoye al paciente durante el tratamiento. Las intervenciones evolucionan de pasivas a activas, y su evaluación es mayoritariamente cuantitativa.

Para facilitar la comprensión de lo relatado hasta el momento, aportamos a continuación una tabla con las principales investigaciones sobre musicoterapia, cáncer y quimioterapia. Nos dará una visión global del estado de la situación y establecerá la base de nuestro estudio.

Cierran el capítulo unas páginas dedicadas al modelo de musicoterapia de enfoque humanista con el que trabajamos (conocido por modelo de musicoterapia creativa, o Nordoff-Robbins) y las técnicas de improvisación.

⁷http://www.mh.org.au/royal_melbourne_hospital/www/353/1001127/displayarticle/1001648.html
Recuperado el 25 de abril de 2008.

⁸ Recuperado el 25 de abril de 2008 de <http://www.springfieldnewssun.com/lifestyle/pink/music-therapist-brings-comfort-to-breast-cancer-patients-354821.html>

⁹ Recuperado el 25 de junio de 2008, de <http://www.musicoterapia2008.com.ar>

¹⁰ Recuperado el 11 de enero de 2010, de <http://www.musictherapy2010.com/es.html>

Tabla 3
Investigaciones sobre musicoterapia, cáncer y quimioterapia

Autor	Interv.	Variable	N + a	GC	Fase QT	Lugar	Test	Resultado
Straw (1991) ¹	Pasiva + casa (30-40')	Ansiedad Calidad de vida	19 (49a)	SI 9/10	Durante ciclos y en casa	¿?	STAI QoL (Quality Living Index)	Reducción significativa en cada grupo, pero no entre grupos.
Standley (1992) ²	Pasiva (30')	Náusea, vómito, ansiedad	I: 31 F: 15 (54a)	SI 5/5/2/3	En 4 QT: (1-4, o en 2- 5)	Durante TR. Dentro HdD	Temperatura, interacción verbal, mov	Menos náusea
Sabo et al. (1996) ³	Pasiva (?)	Efectos secundarios	97 (¿a)	SI 47/50	1-4	¿?	Ansiedad (SSAI)	Diferencia significativa en ansiedad No hay diferencia en efectos secundarios
Weber et al. (1997) ³	Pasiva (20')	Ansiedad, tensión	33 (¿a)	NO	Una	Hospital	Ansiedad (STAI)	Relatan satisfacción
Ezzone et al. (1998) ²	Pasiva (45')	Náusea, vómito	33 (40a)	SI 16/17	Una	Hospital	Eva, número de episodio de vómito	Diferencia significativa en EVA por náusea y nº de episodios de vómito
Walker et al. (1999) ³	Pasiva (?)	Ánimo, calidad de vida, manejo	96 (49a)	SI 48/48	Seis	Hospital y casa	Rotterdam, escalas HADS	Aumento calidad de vida y relajación Reducción de ansiedad. Estado de ánimo similar en ambos grupos
Cai et al. (2001) ¹	Pasiva (30')	Inmunología Ansiedad, depresión, personalidad	182 (51a)	SI 128/54	Una	¿? Espera QT o RT	SAS, SDS, MMPI, HAMD	Mejora inmunológica Reducción en parámetros psicológicos Mejora la emoción Refuerza la función inmunológica, activa
Harper (2001)	Pasiva (30')	Ansiedad Ritmo cardiaco Presión arterial Manejo	40 (52a)	SI 10/10/20	Una	Durante QT	STAI Ritmo cardiaco Presión arterial COPE	Beneficios para el GE.
Xie (2001) ¹	Música e imagen (60')	Func. Físico Calidad de vida	260 (¿a)	SI 124/136	2 veces/día en 20 días	¿?	Karnofsky func. QoL (adaptado a China)	Mejora funcionamiento y calidad de vida, pero no significativa
Hanser et al. (2006) ¹	Activa y CD en casa (45')	Ansiedad Depresión Funcionamiento (bienestar, CdV, humor, espiritualidad) FC y Presión art.	I:179 Al:70 F: 44 (51/ 56a)	SI 20/22	Tres: 1-3 Seguimient o a: + 6 sem, + 3 meses	-Con/sin Tr, en sala privada. -Casa.	HADS FACT EVAs Ritmo cardiaco Presión arterial	Mejora significativa inmediata en relajación, confort, humor y ritmo cardiaco No mejora a largo plazo Beneficios, no significativos en CdV. No mejora en ansiedad.
Bozcuk et al. (2006) ²	Pasiva (60'?)	Calidad de vida	18 (45a)	No	Una (ciclo 2?) (60')	Durante TR. Dentro HdD	EORTC QLQ C-30	Sin beneficio en ninguna subescala pero Apuntan beneficio en las personas con más edad (en apetito y sueño)
Ferrer (2007) ¹	Activa (20')	Ansiedad Relajación Presión (S y D) Ritmo cardiaco	50 (55a)	SI 25/25	Una	Durante TR. Dentro HdD (¿)	EVAs Presión arterial Ritmo cardiaco	Diferencia significativa en ansiedad, miedo, cansancio y presión distólica No diferencia en presión sistólica, RC. Menos preocupación (no significativa)
Gimeno (2008) ¹	Pasiva (60-90')	FC Náuseas, vómitos	I:280 Al:20 F: 19 (55a)	SI 10/10	Fase de QT Sesión semanal x 6 semanas	Hospital (hab. Indiv) + casa	Frecuencia cardiaca Náuseas y vómitos	Reducción significativa en FC en ambos grupos Reducción importante en náuseas y vómitos a lo largo de las semanas
Serra et al. (2008) ³	Pasiva (imagin. guiada)	Ansiedad, Depresión, Calidad de vida Parámetros fisiológicos	10 (¿a)	SI 5/5	Todas + 21 días	Durante TR. Dentro HdD + casa	HADS EORTC QLQ C-30 Leucocitos, neutrófilos... Pregunta abierta	Mejora en depresión, funcionamiento emocional, percepción del tratamiento y recuento de neutrófilos
Bulfone (2009) ¹	Pasiva (15')	Ansiedad	60 (50)	SI 30/30	Una	Espera 1ª QT	STAI	Reducción de ansiedad
Wan et al. (2009)	Pasiva (imag.) 30'	Ansiedad Depresión Dolor	136 (52,5)	SI 65/71	Una	¿??	STAI CESD NRS	Diferencias significativas en ansiedad, depresión y dolor
Serra (2012) ^{3*}	Activa (45')	Ansiedad Depresión Calidad de vida	I: 52 F: 33 (47a)	NO *	1-3 (pre- post), 1 y seguim. en 4ª	Durante TR. Dentro HdD	HADS EORTC QLQ C-30 Termómetro distrés (pre-post)	Diferencia significativa en ansiedad y depresión pre-post (Termómetro) Diferencia significativa en ansiedad (HAD) Mejora en depresión (HAD) Mejora en calidad de vida global y diferencia significativa en funcionamiento de rol y emocional
H.Royal Melbourne (en curso)	Activa	Ansiedad Depresión	25 (¿a)	NO	Una	¿?	HADS STAI Autoregistro	Apuntan positivos (en curso)
Brown Cancer C. (en curso)	Activa + audición en casa	Confort Fatiga	16 (¿a)	NO	¿?	¿?	¿?	(en curso)

Autor: (1) Incluido y seleccionado del estudio Cochrane (2011); (2): incluido y descartado; (3): excluido

Intervención: activa / pasiva (duración de la intervención en minutos)

N+ a: Participantes en la muestra I(niciales), A(lteorizados), F(inalizados); (a): edad media

GC: existencia de grupo control (SI/NO) Núm.pacientes GE/ Núm. pacientes GC

Lugar: dónde se realiza la intervención

2.6.3. El modelo de musicoterapia creativa (Nordoff-Robbins)

El modelo de musicoterapia creativa fue elaborado por Paul Nordoff (pianista) y Clive Robbins (profesor de educación especial) a lo largo de 17 años de estrecha colaboración (1959-1976) en sesiones clínicas. A la muerte de Nordoff, el equipo continuó la labor, creando centros, asociaciones, revisando y actualizando el modelo. Pensado inicialmente para niños que presentan problemas variados, físicos, neurológicos, emocionales, de aprendizaje, autismo, etc., el uso clínico ha ido ampliándose, abarcando también a adultos, sobretodo hospitalizados.

Recibe el nombre de creativo por la implicación del musicoterapeuta en un trabajo que abarca varios aspectos: la creación de música como terapia; el uso de la improvisación como forma creativa para proporcionar la experiencia terapéutica; y la creación de experiencias terapéuticas progresivas.

En un enfoque más activo que pasivo o receptivo, el objetivo principal es el de implicar al paciente (que ellos denominan niño) en hacer, crear música. La creación implica una atención, un compromiso activo y personal por parte del paciente, y una desviación de experiencias internas hacia el exterior.

En este modelo, la intervención verbal es –o debería ser- mínima. Las técnicas musicales proporcionarán los estímulos y el medio de respuesta para la progresión y avance terapéutico. Se atribuyen a la música cuatro funciones dinámicas: determinar las reacciones músico-emocionales del niño y, por tanto, dirigir el proceso terapéutico; ser el medio primario de comunicación entre paciente y terapeuta; proporcionar estímulo y medio de respuesta para el crecimiento y cambio terapéutico; y ser la primera fuente para la valoración y evaluación (Bruscia, 1999).

El paciente no tiene porqué saber música, no es condición indispensable. Tampoco se fija en las habilidades verbales, que pueden ser escasas o nulas. El modelo no limita ni por edad, ni por nivel de desarrollo. Al contrario, él es el centro de la respuesta musical, la música parte de las impresiones que el terapeuta tiene del niño: la expresión facial, la mirada, la postura, el comportamiento, la condición, una palabra...

El terapeuta debe ser un profesional cualificado, flexible, facilitador del desarrollo de la relación paciente-música, capaz de improvisar una música que sea efectiva. En el modelo inicial, la voz y el piano son los medios principales, pero también se utilizan otros instrumentos. En un inicio, el modelo requería la presencia de dos terapeutas, con igual responsabilidad pero roles diferentes (el que apoya musicalmente y el que interacciona más con el niño). Actualmente, sobretodo en contexto médico, es habitual encontrar solo un terapeuta.

Orientación teórica

El influjo inicial de este modelo procede de los trabajos de **Rudolf Steiner**, fundador de la antroposofía y la euritmia.

Cada ser humano tiene una respuesta innata a la música, un “yo música”, que denominan “niño musical”. Las respuestas musicales reflejan la condición psicológica y nivel de desarrollo de la persona y este “sólo se puede comprender –según Steiner- si se considera al hombre en términos de música” (Steiner, 1984, en Bruscia, 1999).

Los pacientes se identifican a menudo con canciones y melodías a lo largo de la terapia. Éstas se exteriorizan de manera progresiva y adquieren significado.

El conocimiento de los elementos musicales es primordial para Steiner, en especial, la relación entre intervalos. La concatenación y organización de los intervalos formará una melodía y una armonía. Cada intervalo implica una experiencia vital que puede ser de actividad/reposo, tensión/equilibrio, apertura hacia los otros/interiorización...

Por ejemplo, el tono único trae una experiencia de descanso e inactividad absoluta. La cuarta perfecta nos aleja de esta seguridad, nos mueve hacia los otros y el entorno, mientras que en la quinta justa,¹¹ la persona se encuentra en equilibrio con el mundo externo (Wünsch, 1995).

Nordoff y Robbins encuentran en esta explicación de Steiner una guía para orientar la improvisación clínica. Desarrollan además recursos musicales y consejos para que el terapeuta pueda integrar primero en su formación y después en la terapia.

Otro aspecto que bebe de la fuente antroposófica es la visión del proceso terapéutico como algo vital, que va de dentro hacia fuera. El terapeuta acogerá el impulso inicial e inconsciente del paciente y lo explorará mediante los sentidos, hasta hacerlos externos y conscientes. En ese punto, el paciente podrá “experimentar sus propios sentimientos sobre estos impulsos, en términos de placer, libertad e intención” (Bruscia, 1999).

La maduración personal de la persona es un objetivo terapéutico que el modelo de musicoterapia creativa relaciona con algunos conceptos humanísticos de Maslow:

- los impulsos naturales y tendencias son fuerzas dinámicas de cambio en terapia (no controlarlos);
- la motivación es la base del crecimiento, basarse en las capacidades o potenciales de la persona.
- el aprendizaje enfoca más en objetivos intrínsecos (desarrollar la creatividad autorrealizadora –procedente de la personalidad, de la manifestación interna de la vida) que extrínsecos (adquirir conocimientos específicos).
- la autorrealización engloba habilidades para explorar las cosas de manera viva, tomar decisiones, expresar, autoresponsabilizarse, valorar las propias convicciones, apreciar tanto el proceso de realización como el producto, facilitar la culminación de experiencias, el autodescubrimiento de capacidades y limitaciones, y la integración de divisiones intrapersonales, interpersonales, en el mundo y entre la persona y el mundo.

Puesto que el arte facilita obtener experiencias culminantes, la música, el resultado estético producido en la terapia será considerado importante.

Procedimientos de la intervención

El formato de las sesiones puede ser individual (más usado para personas con discapacidad y adultos) o grupal (para trabajar habilidades sociales). La duración depende de la tolerancia y la capacidad de implicación del paciente en la actividad musical, desde 5 a 30 minutos, algo más con adultos.

El **entorno** debe ser apropiado, con buena acústica y buenos instrumentos, dispuestos correctamente para la buena observación por parte del terapeuta; asimismo, debería tener equipo de grabación.

¹¹ Traducido a notas musicales, un ejemplo de esta relación interválica sería DO (para el tono único), DO-FA (cuarta perfecta) y DO-SOL (quinta justa).

La elección y uso de los **instrumentos** es muy importante. Los instrumentos melódicos, permiten crear y adaptar una melodía o canción rápidamente. Requieren conocimiento y dominio de la técnica. Normalmente son los utilizados por los musicoterapeutas, pues permiten conducir la sesión. A través de ellos se controlan los elementos que conforman la música (ritmo, melodía, armonía...) y que pueden generar ambientes, facilitar la conexión con unos u otros sentimientos, adaptarse a las características vocales de los pacientes (registro de voz más aguda/grave), etc.

Los instrumentos de percusión indeterminada no requieren técnica específica para tocar, son de fácil manejo y no crean frustración (siempre suenan y suenan bien). Acostumbran a pesar poco y ocupar un espacio pequeño. Son ideales para los pacientes que, por ejemplo en nuestro caso, normalmente tienen una mano o brazo inmovilizado por la vía y disponen de poco espacio físico para estar (se reduce a la butaca).

A parte de esto, cada instrumento posee unas características propias (sonido, material de construcción, forma, color...) o de vinculación con la persona (pertenencia a su historia musical individual o familiar) que, añadidos al estado físico y emocional de la persona ese día, harán que sean o no escogidos.

Los **objetivos** son individuales, orientados a favorecer capacidades y libertad de expresión. Se establecen a medida que avanza la terapia. Van asociados a los objetivos musicales, a un marco general de actividad musical jerarquizada. Creen que la libertad personal se consigue a través de la libertad musical; la comunicación interpersonal, con la respuesta musical mutua, y la autoconfianza, con la creatividad independiente. Podemos decir que desarrollo psicológico y destreza musical avanzan en paralelo pero, a la hora de evaluar, el modelo opta por los informes descriptivos y datos sobre la comunicación musical.

Para la **evaluación** del paciente, Nordoff y Robbins desarrollaron varios modelos, basados en la improvisación como medio primario de recogida de información:

El primero, proporciona "Trece categorías de respuesta" y engloba las reacciones personales y musicales del niño ante la improvisación (estilos, elementos y modos). Incluye tanto respuestas musicales (habilidad rítmica, respuesta vocal...) como extramusicales (expresión facial, movimiento, postura, respiración...).

El segundo, trata la relación del niño/paciente con el terapeuta en la actividad musical y cómo es esta comunicación musical. Se incluyen aquí tanto el nivel de participación como la cualidad de su resistencia.

El tercero, valora la respuesta musical, en cuanto a complejidad (rítmica, de tempo, de compás), expresividad (contrastes, dinámicas...) e interrespuesta a la respuesta instrumental y cantada (expresivo, compulsivo, incipiente, no dirigido.. perceptivo, asertivo, inseguro...). Es decir, no solo su capacidad de hacer musicalmente, sino cómo lo hace.

El material musical significativo procedente de cada sesión es registrado. Servirá de base para futuras sesiones y como repertorio individualizado. Entre el material se recogen variaciones de tempo y dinámicas, de canto, respuestas típicas a elementos melódicos y armónicos, a diferentes estilos...

Para Nordoff y Robbins, las **técnicas** son más eficaces si son exploratorias (permiten descubrir capacidades, limitaciones y sensibilidades), constantes (asegurando un progreso coherente y en confianza) y flexibles (para adaptarse a las respuestas y

permitir emerger nuevas posibilidades, obstáculos y modos). Entre las técnicas están la composición de canciones, piezas instrumentales, dramas musicales, vocalizaciones, improvisación, etc.

Fases terapéuticas:

Desde un punto de vista de procedimiento, se distinguen tres fases principales de trabajo, que se dan dentro de una sesión y/o a lo largo del proceso (Bruscia, 1999):

a) *Encontrar al niño musicalmente*: el objetivo es abrir un canal de comunicación. Para ello, se debe crear una atmósfera de respuesta cómoda, que permita el contacto musical, crear la confianza y reducir resistencias. Se trata de reflejar y apoyar el estado emocional del niño. Se descubrirán los recursos musicales, limitaciones, sensibilidades, patrones de reacción, etc.

b) *Evocar respuestas musicales*: el terapeuta estimula o evoca respuestas musicales del niño, lo involucra activamente en hacer música. Para ello, parte de la condición con la que se presenta, sin presunción, escoge el momento adecuado para evocarlas. Pueden ser vocales (sonidos mantenidos o no, entonados o no, verbales o no, únicos, cortos, patrones melódicos, formas largas) o instrumentales (incluyen percusión; pueden ser organizados o no, intermitentes o prolongados, patrones rítmicos de diferente duración y complejidad, al azar o series...)

c) *Desarrollar destrezas musicales. Libertad expresiva y capacidad de respuesta*: el paciente desarrolla experiencias seguras, habilidades expresivas nuevas; se libera de exceso o restricciones expresivas que limita su libertad músico-emocional; y con estas destrezas y habilidades, llega a experiencias de reciprocidad y coactividad musical, responde a una situación musical e interpersonal.

Proceso y dinámica

La dinámica intrapersonal en la musicoterapia creativa se explica en términos de cambio o crecimiento en tres componentes de la personalidad: la activación del “niño musical”, el desarrollo del ego; y la integración del “viejo” y “nuevo” yo.

El niño musical está latente en toda persona, independientemente del grado de discapacidad, responde a la experiencia musical, la encuentra significativa y atractiva, recuerda. Despertando al niño musical, este se abre a experiencias de sí mismo, de los demás y el mundo. Al organizar capacidades receptoras, cognitivas y expresivas, desarrolla, organiza e integra aspectos de la personalidad y estimula y desarrolla funciones del yo.

En musicoterapia creativa, destacan tres funciones específicas del yo: pensar, sentir y desear, en relación al entorno interno y externo. En primer lugar, se conocen los impulsos propios y se percibe el entorno sensorial. Después, se siente la impresión o reacción hacia el entorno interno o externo. Y finalmente, se toman decisiones, se elige y actúa de manera intencionada.

Con la terapia, el niño desarrolla gradualmente un “nuevo” yo, que pelea dentro de sí con el “viejo”. A pesar de periodos de resistencia, las experiencias cumbre permiten mostrar nuevos modelos de experiencia y facilitar el cambio.

El crecimiento, en este modelo, se describe en función de los cambios en la relación paciente-música y paciente-terapeuta.

La relación paciente-música está en función de los aspectos estructurales de la música del paciente, cómo desarrolla sus destrezas musicales y su capacidad de respuesta desde el silencio/ruido, no participación, hasta la libertad expresiva.

La relación paciente-terapeuta varía y evoluciona a lo largo del tiempo en dos dimensiones: desde momentos y grados diversos de resistencia hasta el grado de participación.

La terapia finaliza cuando los objetivos individuales ya han sido alcanzados, cuando se han conseguido unas capacidades musicales que permiten generar un nivel de desarrollo en el niño, de autoexpresión y evocar respuesta. A menudo, el niño debe integrar estas nuevas formas de funcionar a nuevas situaciones y problemas en su relación con el mundo.

2.6.4. Técnicas clínicas en la musicoterapia de improvisación

Acabamos de ver cómo la improvisación, como modelo y como técnica, es básica en el abordaje clínico de los pacientes según el modelo humanista Nordoff-Robbins.

Pero ante una práctica clínica diaria y creciente, con diversos modelos de abordaje, surge la necesidad de unificar criterios y terminologías a la hora de mencionar las técnicas utilizadas.

En general, en una sesión de musicoterapia, difícilmente se utiliza una técnica sola, en general se suceden varias, en función del *centro* (el comportamiento del paciente es el centro y el terapeuta observa/responde a su música, movimiento, verbalización, etc.), los *objetivos* (qué se consigue, qué respuestas o reacciones facilitan, tipo de relaciones –intramusicales, intrapersonales, intermusicales o intrapersonales,...), y la *complementación* que conllevan (responder simultáneamente, después, seguir, adaptarse, facilitar algo nuevo...).

Kenneth Bruscia, experimentado musicoterapeuta e investigador en el campo de la musicoterapia de improvisación, elaboró unos perfiles de valoración en la improvisación, así como una taxonomía de técnicas clínicas con el fin de aunar criterios entre profesionales. Al mismo tiempo la taxonomía puede tender puentes con otras disciplinas terapéuticas, por establecer paralelismos y correspondencias a nivel clínico.

Hemos querido mencionar en este trabajo la taxonomía, pues muchas de estas técnicas han sido utilizadas en nuestra investigación. Aunque no eran objeto específico de nuestro estudio, la simple mención a ellas puede ayudar a clarificar la visión del trabajo en el día a día profesional.

Tabla 4

*Sesenta y cuatro técnicas clínicas en la musicoterapia de improvisación**

EMPATÍA	ESTRUCTURA	INTIMIDAD
Imitar	Fondo rítmico	Compartir instrumentos
Sincronizar	Centro tonal	Dar
Incorporar	Dar forma	Unión
Paseo		Soliloquio
Reflejar		
Amplificar		

FACILITACIÓN	REDIRIGIR	PROCEDIMIENTO
Repetir	Introducir un cambio	Permitir
Modelar	Diferenciar	Cambiar
Hacer espacios	Modular	Hacer pausas
Interponerse	Intensificar	Retirarse
Extender	Calmar	Experimentar
Completar	Intervenir	Conducir
	Reaccionar	Ensayar
	Analogía	Ejecutar
		Rebobinar
		Informar

EXPLORACIÓN EMOCIONAL	REFERENCIALES	DE DEBATE
Contener	Emparejar	Conectar
Doblar	Simbolizar	Indagar
Contrastar	Recuerdo	Aclarar
Hacer transiciones	Asociación libre	Resumir
Integrar	Proyectar	<i>Feedback</i>
Secuenciar	Fantasear	Interpretar
Dividir	Contar una historia	Metaprocesar
Transferir		Reforzar
Toma de roles		Confrontar
Anclar		Revelar

* Extraído de Bruscia (1999)

3-4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3. HIPÓTESIS

- Las mujeres que participen en las sesiones de quimioterapia con musicoterapia obtendrán puntuaciones más bajas en las escalas de ansiedad y depresión postsesión, puntuación más alta en la escala de calidad de vida que se pasará al inicio y final de la intervención con musicoterapia, así como puntuaciones más bajas en las escalas de ansiedad y depresión que se pasarán al inicio y final de la intervención con musicoterapia, que el grupo control de mujeres que reciben solo las sesiones de quimioterapia estándar.

- Las narrativas de la experiencia de enfermedad de las mujeres que asistan a las sesiones de quimioterapia con musicoterapia mostrarán elementos de más integración emocional y más capacidad de afrontamiento de la enfermedad que las mujeres que asistan al tratamiento de quimioterapia estándar.

4. OBJETIVOS

Objetivo primario

Evaluar la eficacia de una intervención basada en musicoterapia sobre la calidad de vida y la sintomatología de ansiedad y depresión de las pacientes oncológicas durante la sesión de quimioterapia, en comparación con un grupo de pacientes control, que solo reciben el tratamiento de quimioterapia estándar.

Objetivo secundario

Analizar las diferencias entre las narrativas sobre las experiencias de enfermedad entre ambos grupos de tratamiento y desde la perspectiva de la paciente.

5. POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO

5. POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO

5.1. Diseño

5.2. Lugar del estudio

5.3. Población de estudio:

5.3.1. Criterios de inclusión

5.3.2. Criterios de exclusión

5.3.3. Criterios de retirada

5.3.4. Criterios éticos

5.4. Material y método:

5.4.1. Intervención

5.4.1.2. La intervención musicoterapéutica

5.4.2. Metodología

5.4.3. Evaluación e instrumentos

Cronograma

Instrumentos:

5.4.3.1. Ansiedad y depresión (HADS)

5.4.3.2. Calidad de vida (EORTC QLQ C-30)

5.4.3.3. Termómetro del distrés

5.4.3.4. Análisis cualitativo

5.4.3.5. Evaluación musical. Elementos musicales observados

5.4.4. Tamaño muestral

5.4.5. Análisis estadístico

5.1. DISEÑO

Estudio prospectivo, teniendo como variable independiente la música.

Estudio de una serie de casos, con dos cohortes de pacientes, grupo control y experimental, sin aleatorización, con un diseño simple de pre-post test y otro de evaluación en el momento basal y en el 4º ciclo de quimioterapia.

La designación a un grupo u otro se hizo de manera consecutiva, por cuestiones de contaminación y evitación de sesgo. Primero se llevó a cabo el grupo experimental y después, el control.

La recogida de datos fue llevada a cabo por el equipo investigador y se basó en tests estandarizados así como medidas de autoinformes.

Se evaluaron con metodología cuantitativa el grado de depresión y ansiedad, y la calidad de vida.

Y se evaluaron con metodología cualitativa las respuestas (narraciones) de las pacientes correspondientes a la pregunta cualitativa sobre su experiencia de la enfermedad.

5.2. LUGAR DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital de día de oncología del Hospital Universitario La Paz, de Madrid.

5.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Los sujetos se reclutaron a través del equipo de oncología médica y del equipo de enfermería del hospital de día de oncología, del Hospital Universitario La Paz (Madrid), en coordinación con el equipo de musicoterapia.

Las pacientes eran mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y tratadas en el HULP. Tenían que haber sido diagnosticadas recientemente, tener una previsión de tratamiento de quimioterapia adyuvante y que fueran derivadas por los médicos oncólogos de la unidad.

El estudio se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre abril de 2008 y junio de 2010 (27 meses) y participaron 96 sujetos (96 invitados, 69 completos).

5.3.1. Criterios de inclusión

1. Personas mayores de 18 años de edad.
2. Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, que requieren tratamiento de quimioterapia adyuvante.
3. Confirmación de la disposición de la paciente a participar en este estudio después de haber sido informado de todos los aspectos del estudio que puedan influir en su decisión, firmando y fechando el impreso de consentimiento informado aprobado por el Comité ético (véase Anexos 1 y 2).

5.3.2. Criterios de exclusión

1. Presentar en el momento de la selección trastorno orgánico cerebral agudo o crónico.
2. Presentar en el momento de la selección sintomatología psicótica activa.

5.3.3. Criterios de retirada

1. Por deseo expreso de la paciente de no continuar en el estudio.
2. Por no acudir la paciente a las visitas de seguimiento establecidas.

5.3.4. Criterios éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Universitario la Paz (diciembre 2007) y posteriormente por el Comité de Ética de Investigación Clínica, en enero de 2008 (código 2612).

El equipo investigador facilitó la información a la paciente, por escrito y de manera oral. En la hoja de información y consentimiento informado (véase Anexos 1 y 2) se informaba de los objetivos de la investigación, el método, los posibles beneficios y riesgos. Así mismo se recordaba que el paciente podía retirarse del estudio en el momento en que quisiera sin que esto repercutiera en su tratamiento habitual.

Dicho consentimiento era firmado por la paciente de forma voluntaria antes de su inclusión en el estudio.

Se mantuvieron los niveles más altos de conducta profesional y confidencialidad y se cumplió la legislación nacional vigente sobre protección de datos (LOPD 15/99). El investigador informó a la paciente en relación a este punto.

5.4. MATERIAL Y MÉTODO

5.4.1. Intervención

La musicoterapia, tal y como la define la Federación Mundial de Musicoterapia, es un proceso de intervención designado para tratar, mediante la música, las necesidades del paciente con el fin de conseguir unos objetivos terapéuticos establecidos previamente.

De los cinco modelos de intervención reconocidos oficialmente en musicoterapia, el que nosotros hemos escogido es el modelo de musicoterapia creativa Nordoff-Robbins, también conocido como modelo humanista.

Recordamos que fue desarrollado por Paul Nordoff (pianista) y Clive Robbins (pedagogo) en la década de los años cincuenta-sesenta en EUA. Basado en la filosofía antroposófica de Rudolf Steiner (donde la música tiene un peso importante), se perfila últimamente como un modelo muy válido para la población hospitalizada adulta.

El modelo defiende que la persona es un ser musical por naturaleza, un ser creativo. Y que todo el mundo puede responder a la música, independientemente de sus capacidades de comunicación, físicas, cognitivas o musicales. La improvisación musical es la técnica para incluir, mejorar y facilitar el cambio, así como reforzar las capacidades creativas y recursos de a persona, que avanza en un proceso de dentro hacia afuera, a nivel madurativo y musical. En la medida que la persona organiza y desarrolla sus capacidades, se abre a experiencias que la conectan con ella misma, los demás y el mundo con una mayor libertad.

La intervención llevada a cabo en el HULP fue realizada por una musicoterapeuta, especializada en el ámbito clínico y con experiencia probada en oncología. Contó también con la colaboración de estudiantes del máster de musicoterapia de la Universidad Autónoma de Madrid, especializados en ámbito clínico.

Este equipo se encontraba semanalmente con el equipo médico y de enfermería para coordinar la entrada de pacientes al estudio, discutir su admisión en casos complicados y supervisar la marcha del proceso de intervención.

La intervención seguía el protocolo establecido y aprobado. Se realizaba siempre en el hospital de día de oncología del HULP, cuando la persona acudía a recibir el ciclo de tratamiento (cada 21 días). En general, el día del tratamiento es largo; empieza muy temprano (con las analíticas) y acaba tarde, hacia mediodía, según capacidad y el mismo protocolo farmacológico.

El hospital de día de oncología dispone de algunas camas y 38 butacas para realizar los tratamientos. Éstas se distribuyen a lo largo de 4 espacios, de medidas y tamaños irregulares, con una puerta de acceso principal, dos secundarias (para uso clínico) y una zona de control, desde donde se divisan la mayoría de butacas. Dispone también de un servicio para hombres y mujeres dentro de la sala. Es por tanto, una sala amplia, con una distribución y frecuencia de paso irregular (algunas zonas muy transitadas y otras más tranquilas).

Las pacientes son llamadas a tratamiento por orden de llegada a la unidad, una vez obtenidos los resultados de la analítica y haber pasado visita con la oncóloga, quien

aprueba el tratamiento de ese día. No hay un lugar fijo asignado previamente para la ubicación de la paciente, sino que es al azar. La persona se coloca en los espacios libres que van quedando.

En el grupo experimental, las sesiones tenían lugar siempre los lunes. En el grupo control, la recogida de datos se amplió a toda la semana, de lunes a viernes. El equipo de musicoterapia continuó recogiendo datos los lunes y colaboró organizando y recogiendo de manera puntual los de otros días, llevado a cabo sobre todo por enfermería.

Siguiendo el protocolo, el número máximo de sesiones en que la musicoterapeuta estuvo con cada paciente fue cuatro (las tres primeras para recoger datos pre-post y/o haciendo sesión –GE, y la cuarta para entregar y recoger los tests finales).

La intervención, tanto en el GE como en el GC, se hacía a mediodía, poco antes de comer.

5.4.1.1. La intervención con musicoterapia

Una vez la paciente está instalada en su sillón y ha empezado la infusión, recibe la visita del musicoterapeuta (o equipo de musicoterapia). Este se dispone a su lado o alrededor, en una silla añadida a tal efecto. El orden de intervención se establece en función de la llegada del tratamiento, pues indica también el momento de salida de la paciente. Cuanto antes empieza, antes acaba. A pesar de esto, hay flexibilidad en la intervención, en función del estado físico (necesidad de dormir, de reducir ansiedad por la colocación de la vía,...) o emocional de la persona (noticias dadas por el equipo médico en relación a unos resultados, cambio en el tratamiento, cuestiones personales...).

La duración de la sesión varía. Puede ser una intervención corta, de minutos, a una más larga, de alrededor de una hora. Aunque la duración aproximada de cada sesión se ha estimado en 45 minutos.

En cuanto a los instrumentos, el musicoterapeuta lleva un *set* de instrumentos, desde melódicos a pequeña percusión. Es la paciente quien los escoge, ya sea por su sonoridad, su fácil manipulación, el poco peso, el material con que está construido, su procedencia, el color... Aunque los musicoterapeutas acostumbran a tocar siempre instrumentos que llevan el peso a nivel musical (instrumentos melódicos como arpa, guitarra y teclado), no hay problema para intercambiarlos con las pacientes, ni tampoco de cambiarlos varias veces a lo largo de la sesión.

No hay una estructura clara ni predefinida de sesión (como podría ser canción de bienvenida, caldeamiento, actividad central y despedida –más propio de otros colectivos o modelos de intervención) aunque en general sigue los tres pasos o procesos del modelo humanista: el encuentro con el paciente (a nivel físico y emocional), la evocación de respuestas y el desarrollo de destrezas musicales.

Forma parte de la rutina diaria, después del saludo, el disponer la grabadora para recoger la respuesta a la pregunta del termómetro del distrés (la medida *pre* de la intervención).

Un primer paso habitual el primer día en casi todas las pacientes es dar a conocer la musicoterapia, sus posibilidades, y escuchar las expectativas creadas en relación a ella. Hablar de su historia musical, las músicas que son (o han sido) importantes en su vida o en el momento actual ya sitúa la persona en la sesión que, a partir de aquí, empieza a desarrollarse y fluir libremente.

Un aspecto a remarcar es que muchas pacientes vienen al tratamiento provistas de música, de aparatos reproductores, para mitigar así la sensación de aburrimiento o excesiva duración de la QT.

En función de los comentarios hechos por la paciente, su disposición física, emocional, necesidades del momento, la escucha conjunta y reproducción en directo de las piezas que escuchan, etc., empieza la sesión.

A la persona se le ofrece la posibilidad de participar de una manera más pasiva (una escucha de música en vivo, silencio, o incluso una verbalización con un fondo musical) a una manera más activa (tocando, cantando, inventando letras de canciones...).

En todo momento es la paciente quien escoge el tipo de intervención y el ritmo de avance en su proceso. El musicoterapeuta se adaptará a esta sugerencia y trabajará a partir de eso, aunque a veces (a medida que transcurre la sesión, y los ciclos avanzan) puede sugerir otros tipos de intervención, que normalmente implican más acción por parte de la paciente, toma de responsabilidad, expresión a nivel emocional, creativa y musical.

Probar los distintos instrumentos y elegir uno, puede ser un inicio. Según el ritmo, el volumen impreso en él, el musicoterapeuta le acompañará con otro instrumento, la voz, o con una escucha activa. La exploración inicial puede dar paso a una toma de turnos, a un diálogo musical, en el que la expresión emocional empieza a dibujarse y transmitirse. Las posibilidades empiezan a multiplicarse: cambios de ritmo, de intensidad, introducción de sonido, palabras, verbalización de lo que va pasando, emocionarse, poner el título a la improvisación y comentar sobre ella...

Otro día la improvisación puede tener un carácter marcadamente referencial. Se propone de antemano un tema (a propósito de una lluvia de ideas, una expresión realizada por el paciente, una sugerencia del musicoterapeuta...).

Aspectos aparentemente externos como la alarma de una máquina que se dispara, la presencia de un acompañante (unos minutos), un efecto secundario que pueda manifestar un paciente cercano, la presencia del equipo de enfermería ofreciendo un tentempié, los comentarios o implicación de otros pacientes cercanos... son susceptibles de ser incorporados a la sesión: la alarma suena en una tonalidad y volumen determinado, que se integra a la improvisación, o quizá puede seguirse no solo la tonalidad, sino también el ritmo, que marcará fuertemente el carácter de la improvisación; puede ser el cumpleaños de un familiar y se decide hacerle un regalo musical cuando venga, o llevárselo grabado a casa; la escritura de una reflexión o un poema pueden ser musicalizados; la situación física de un paciente cercano (mareo, durmiendo) puede suponer empatizar con él y tocar de una forma suave y agradable; la localización cercana de dos o más pacientes que forman parte de la investigación puede propiciar una sesión conjunta muy lúdica y alegre, o al revés, de cooperación para la escritura de una canción...

Como podemos ver, todo se determina y construye en el presente. Por esta razón es difícil definir una sesión previamente. Podemos hablar de aspectos que se han trabajado, maneras de evolucionar parecidas en las pacientes, estilos de música,

objetivos tratados, instrumentos utilizados... Será comentado y discutido a lo largo del trabajo. También en las transcripciones del grupo experimental, el lector encontrará reflexiones a las técnicas, recursos y actividades realizadas.

Finalmente, un aspecto importante a comentar es el tema de la grabación en video y/o sonido. No todas las personas accedieron a que se grabara. En general, permitían grabar las respuestas para el *pre* y el *post*. En muchos casos, la grabación sonora de la sesión. En menos ocasiones, la grabación en video. Cuando ninguna de las tres eran posibles, se transcribía lo que la persona decía o se la invitaba a escribir a ella misma.

El hecho de poder grabar ha servido, bastantes veces, como herramienta para elaborar material futuro (canciones dedicadas, material para dormir...) y para que la persona pudiera ver su propia evolución, creativa y musical, a lo largo de los ciclos. En alguna ocasión, la grabación se ha escuchado en la misma sala.

5.4.2. Metodología

La investigación evalúa la efectividad de la musicoterapia en los valores de ansiedad, depresión y calidad de vida de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y sometidas a tratamiento de quimioterapia, en relación a un grupo control que solo recibe el tratamiento de quimioterapia estándar.

Se determinó como grupo experimental las respuestas de estos valores en las escalas de ansiedad y depresión (HADS y Termómetro del distrés) y calidad de vida (escala EORTC QLQ C-30) en las sesiones realizadas con musicoterapia.

La distribución de los grupos se diseñó de manera consecutiva para evitar una posible contaminación y sesgo (la música se expande más allá del espacio que ocupa un paciente en la sala, en caso de una coincidencia con un paciente del grupo control situado al lado o cercano, éste podría ser influenciado por la sesión de musicoterapia). Para evitarlo, se diseñó la recogida de la muestra por bloques. Primero se completó primero el grupo experimental y después, el control.

En la primera entrevista o línea base con el equipo médico y/o investigador, se explicaron los objetivos de la investigación y se facilitaron las hojas de consentimiento informado y grabación audiovisual (véase Anexos 1 y 2). Una vez obtenido el consentimiento, la paciente pasaba a formar parte del grupo de estudio correspondiente y rellenaba los datos sociodemográficos y el equipo investigador completaba los clínicos (Anexo 3). Después, la intervención se diferenciaba según protocolo.

Este es el **protocolo** seguido por cada grupo en esta investigación:

Grupo experimental:

1. Antes del primer ciclo del tratamiento de quimioterapia, cumplimiento de los datos sociodemográficos, clínicos y medición de la ansiedad y depresión con el test HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) y la Calidad de Vida (test EORTC QLQ C-30).
2. Durante los ciclos 1 a 3, al principio del tratamiento, antes de cada sesión de musicoterapia, medición de la ansiedad y depresión con el Termómetro del Distrés, así como registro de la narración de la experiencia del paciente (por medio audiovisual o escrito según autorización del paciente).
3. Intervención con musicoterapia (ciclos 1 a 3). Duración: 45 minutos.
4. Al finalizar la sesión de musicoterapia, durante los ciclos 1 a 3, medición de la ansiedad y depresión con el Termómetro del Distrés, así como el registro de la evaluación narrativa de la experiencia de la paciente a través de la pregunta: "¿Podría decirnos cómo se siente ahora?" (registro audiovisual o escrito, según autorización del paciente).
5. Antes de finalizar el cuarto ciclo de quimioterapia, medición de la ansiedad y depresión con el test HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) y la Calidad de Vida (test EORTC QLQ C-30).

Grupo control:

1. Antes del primer ciclo del tratamiento de quimioterapia, cumplimiento de los datos sociodemográficos, clínicos y medición de la ansiedad y depresión con el test HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) y la Calidad de Vida (test EORTC QLQ C-30).
2. Durante los ciclos 1 a 3, al principio del tratamiento, medición de la ansiedad y depresión con el Termómetro del Distrés, así como registro de la narración de la experiencia del paciente (por medio audiovisual o escrito según autorización del paciente).
3. Espacio de 45 minutos de quimioterapia (tratamiento estándar, sin presencia de la musicoterapeuta) (ciclos 1 a 3).
4. Finalizados los 45 minutos, durante los ciclos 1 a 3, medición de la ansiedad y depresión con el Termómetro del Distrés, así como el registro de la evaluación narrativa de la experiencia de la paciente a través de la pregunta: “¿Podría decirnos cómo se siente ahora?” (registro audiovisual o escrito, según autorización del paciente).
5. Antes de finalizar el cuarto ciclo de quimioterapia, medición de la ansiedad y depresión con el test HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) y la Calidad de Vida (test EORTC QLQ C-30).

Tabla 5

Esquema del protocolo seguido para la evaluación del estudio

	Inicial		Ciclos 1 a 3		Ciclo 4	
	GE	GC	GE	GC	GE	GC
Datos sociodemográficos y clínicos	X	X				
HADS	X	X			X	X
EORTC QLQ C-30	X	X			X	X
Termómetro del distrés			X	X		
Sesión de musicoterapia			X			
Sesión de QT estándar			X	X		
Registro cualitativo			X	X		

Tabla 6

Cronograma de la investigación

Revisión bibliográfica	setiembre –diciembre 2007
Aprobación CEIC, HULP	enero 2008
Reclutamiento GE	abril 2008 – junio 2010
Reclutamiento GC	junio 2010 – mayo 2011

5.4.3. Evaluación e instrumentos

Mediciones

La evaluación incluyó una serie de tests y autoregistros, administrados en el momento basal, a lo largo de la intervención y en el momento final. Este es el esquema de instrumentos:

1. Protocolo de datos sociodemográficos y clínicos diseñados por la unidad de oncología médica del HULP (véase Anexo 3). Los datos sociodemográficos eran rellenados por el paciente, mientras que los clínicos eran añadidos por el equipo médico e investigador.
2. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), (Zigmond & Snaith, 1983) (Anexo 4).
3. Test de Calidad de Vida Global (EORTC QLQ C-30), (Aaronson et al. 1993). Test estandarizado, con versión validada en castellano por Arrarás et al., (1995, 1999). (Anexo 4)
4. Termómetro del estrés (Zabora, 1998, versión traducida por Almanza-Muñoz & Holland, 2000). (Anexo 4)
5. Terapia narrativa. Evaluación cualitativa de una pregunta abierta sobre la experiencia de la paciente, basada en la teoría emergente. Datos transcritos y analizados mediante el programa informático Atlas.ti (versión 5.2.).

Variables del estudio

Como *variables dependientes* se consideraron las siguientes:

- Cuantitativas:
 - Variable de ansiedad y depresión
 - Variable de calidad de vida

La *variable independiente* fue la siguiente:

- Musicoterapia. Intervención con musicoterapia

Y las variables cualitativas fueron:

Sociodemográficas:

- Tipo de cirugía
- Edad
- Estado civil
- Convivencia
- Duración de la convivencia
- Nivel educativo
- Situación laboral
- Medio en el que vive
- Origen

Clínicas:

- Inicio del TR desde el diagnóstico
- Diagnóstico
- Mama afectada
- Tratamiento previo / posterior
- Tipo de cirugía
- Antecedentes familiares
- Línea de procedencia de los antecedentes
- Número de antecedentes

5.4.3.1. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (The Hospital Anxiety and Depression Scale) (HADS) (Anexo 4)

La sintomatología de ansiedad y depresión se valoraron mediante el test estandarizado **HADS** (Hospital Anxiety and Depression Scale), elaborado por Zigmon y Snaith (1983).

Es un test autoadministrado diseñado para evaluar estados de ansiedad y depresión en enfermos. Consta de 14 ítems, siete para depresión y siete para ansiedad. Se excluyen los síntomas somáticos (como pérdida de peso), que pueden influenciar en la escala de ansiedad.

Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta en una escala de tipo Likert que va de 0 a 3. Una puntuación entre 0 y 7 corresponde a un grado de normalidad en la persona. Una puntuación entre 8 y 10 denota probabilidad de estado de ansiedad / depresión, y una puntuación entre 11 y 21 manifiesta un caso de ansiedad / depresión. El test ha sido traducido y validado en español y es uno de los más utilizados.

El test se pasaba a cada paciente en dos momentos: inicio de la intervención -1ª quimioterapia, y final de la intervención -4º ciclo de quimioterapia.

5.4.3.2. Escala de calidad de vida EORTC QLQ C-30 (Anexo 4)

EORTC es el acrónimo de la *European Organization for Research and Treatment of Cancer*. Desde 1988, este grupo ha elaborado varios cuestionarios para evaluar la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Son tests estandarizados, traducidos a más de 80 idiomas, y con una versión validada en castellano por Arrarás et al. (1995).

Uno de estos tests, considerado básico, es conocido como QLQ-C30 (Aronson et al., 1993). Además de este test, la EORTC facilita unas preguntas adicionales o módulos específicos que complementan el test y se adaptan a cada tipo de cáncer. Las preguntas correspondientes al cáncer de mama (EORTC QLQ – BR23) se centran en la apariencia física (caída del pelo, reacción ante la imagen del cuerpo ante el espejo, etc.), la movilidad del brazo y el sexo.

En nuestra investigación, desestimamos pasar el módulo específico del cáncer de mama, pues algunas preocupaciones pueden aparecer más adelante, no tanto en las primeras quimioterapias, donde la persona está más preocupada por el control de la enfermedad y la recuperación de la salud que por otros aspectos. Hubo también una razón práctica: el test se rellenaba en el mismo hospital de día, un lugar donde el ambiente (sonoro, humano, de poca intimidad,...) no facilita la concentración, la profundidad o el tratamiento a nivel psicológico de la persona, en caso de excesiva afectación por la pregunta).

El test utilizado, EORTC QLQ C-30, pretende evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Es un test autoadministrado. Para esto, la persona responde 30 ítems que valoran los aspectos o escalas siguientes:

- Cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, social, emocional, cognitivo y rol -15 ítems en total),
- Tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos -7 ítems),
- Una escala global de calidad de vida (2 ítems),

- Seis ítems individuales relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento (5 ítems) y un ítem de impacto económico.

La puntuación de la escala no siempre es la misma. Mientras que la mayoría de ítems tienen cuatro opciones de respuesta en una escala de tipo Likert que va de 1 a 4, los dos últimos (valoración global de su salud y su calidad de vida) puntúan de 1 a 7.

Los resultados de las puntuaciones se transforman en una escala lineal que va de 0 a 100. Mientras que las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida, en las escalas de síntomas es al revés, una mejor calidad de vida se refleja en una puntuación más baja.

Al igual que la escala anterior, HADS, este test se pasaba a cada paciente al inicio y final de la intervención (1ª y 4ª quimioterapia, respectivamente).

5.4.3.3. Termómetro del distrés (Anexo 4)

El termómetro del distrés, perteneciente a la Escala del distrés (NCNN, 1999, versión traducida por Almanza-Muñoz & Holland, 2000) fue desarrollado originalmente en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales del Centro de Cáncer de Nueva York, por Holland y colaboradores en 1998, y usado en oncología a partir de 1999.

Entre sus objetivos está facilitar la detección temprana de diversos elementos del espectro de estrés para así definir la mejor estrategia de intervención. La escala consta de varias fases:

En la primera fase, el paciente marca en una escala análoga visual que imita un termómetro, el número que mejor describe el nivel de estrés que experimenta en ese momento. La puntuación va de 0 a 10. El nivel cero significa la ausencia de distrés, en tanto que el nivel 10 representa el distrés más severo que pueda experimentar. Una puntuación igual o superior a 5 activa el dispositivo para planear el acceso a algún tipo de apoyo especializado. También se equipara esta puntuación con el nivel de distrés significativo del test de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) (Holland & Chertkov, 2001).

En una segunda fase, el paciente selecciona de un listado de causas o problemas, aquellos con los que se siente más identificado. Se prevén cinco clases: problemas prácticos (casa, seguro de salud o vida, trabajo/escuela, transporte y cuidado infantil), problemas físicos (dolor, náusea, fatiga, problemas para dormir, movilización, baño/vestido), problemas familiares (relación con la pareja, con los hijos), problemas emocionales (preocupación, tristeza, depresión, nerviosismo) y preocupación religiosa y/o espiritual (en relación con Dios, y pérdida de la fe).

De los datos recogidos, se valora el grado de distrés y la mejor estrategia para manejarlo y tratarlo (tercera fase), ya sea por el equipo oncológico primario, con recursos disponibles y grupo de apoyo, o si es moderado o severo, derivando el paciente a los servicios de salud mental, trabajo social o pastoral correspondientes, que actuarán según las guías de tratamiento o protocolo.

En nuestra investigación, utilizamos solo la escala análoga visual (fase I). La segunda parte se modificó y reconvirtió en una pregunta abierta para que la persona expresara libremente cómo se sentía en ese momento. De esta manera no limitábamos a un listado de síntomas o problemas. En los resultados y discusión veremos qué

elementos o problemas planteados en esta fase aparecen en la narrativa de nuestras pacientes, sus diferencias y semejanzas en relación al test, y considerando también que los momentos son distintos (momentos iniciales o previos –escala del distrés, o cuando el paciente ya está en pleno tratamiento -nuestra investigación).

En cuanto a la puntuación numérica, pedimos a la persona que intentara distinguir la ansiedad de la depresión. Más que dar una respuesta numérica única (distrés), le pedimos que nos diera dos respuestas, correspondientes a cada variable. Esto se debe a dos razones:

a) Poder comparar esta doble respuesta (muy subjetiva, justo antes / después de la intervención con/sin musicoterapia) con los resultados de los tests estandarizados que pasamos en el primer y cuarto ciclo de tratamiento. Especialmente interesante es en el primer ciclo, donde los tests estandarizados y las preguntas del termómetro coinciden.

b) Poder separar los dos conceptos, muy diferentes entre sí. En un momento tan delicado como la quimioterapia, es habitual que la ansiedad puntúe más alto, especialmente en el primer ciclo. Las mismas pacientes diferencian mucho un aspecto del otro.

El termómetro se administraba a las pacientes en los tres primeros ciclos de quimioterapia, con 45 minutos de diferencia aproximadamente, y en una intervención marcada por la presencia de la musicoterapia (GE) o no (GC).

5.4.3.4. Análisis cualitativo

El análisis cualitativo de los datos quiere mostrar e interpretar el sentido y significado de la experiencia que las personas viven y expresan en su contexto directo, su realidad, sin grandes filtros. Más que una mera reducción cuantitativa, tratamos de ofrecer una panorámica de las experiencias personales de la enfermedad, el tratamiento y la musicoterapia.

El análisis parte de las respuestas a la pregunta: “¿podría comentarnos cómo se siente ahora?” (que se realiza antes y después de la intervención con musicoterapia o condición control).

Dichas respuestas fueron transcritas o copiadas cuidadosamente por la musicoterapeuta y pasadas a un equipo evaluador experto y externo que, de manera ciega, codificó cada una de las respuestas.¹² En todo el proceso, el musicoterapeuta se mantuvo como observador, distribuyendo al azar las transcripciones.

El equipo intenta recoger de manera sistemática tanto los datos referentes a las variables estudiadas (ansiedad, depresión, calidad de vida y música), como los que emergen a lo largo del proceso.

Se crean categorías, códigos y memos para sistematizar la información. Esta se reduce y discute hasta llegar por consenso a la saturación de los campos de significado, estableciendo relaciones entre conceptos para obtener conceptos más globales y teorizar, según el modelo de la teoría emergente (*Grounded Theory*). Es un

¹² Equipo formado por psiquiatras y psicólogos de las unidades de psiquiatría y oncología médica del HULP (Madrid).

esquema recursivo, circular basado en un método de comparación constante y muestreo teórico (Glaser & Strauss, 1967; Miles & Huberman, 1994; Rodríguez, Gil, García, 1996).

El análisis siguió criterios de validez, fiabilidad y objetividad para determinar categorías y códigos, con el fin de obtener unos resultados verdaderos, aplicables y consistentes. Los datos se procesaron mediante el software Atlas.Ti (versión 5.2), utilizado habitualmente en el HULP.

5.4.3.5. Evaluación musical. Elementos musicales observados

Aunque no se han utilizado como variables, ni se plantearon en el momento de formular la hipótesis o los objetivos, se han recogido una serie de parámetros y elementos musicales. Hemos insistido a lo largo de este trabajo en la importancia de estos como elementos dinamizadores del cambio. Y conscientes de esto, recogimos y sistematizamos algunos de ellos, extraídos de la hoja de información musical (véase Anexo 5). Los enumeramos y describimos brevemente para su mejor comprensión:

- Función de la música (objetivos trabajados)
- Técnicas de musicoterapia
- Instrumentos utilizados
- Estilo de música

En cuanto a los **objetivos trabajados**, hemos anotado los siguientes:

- *Relajar*. Facilitar la relajación física y emocional de la persona, induciendo a dormir si la persona lo requiere. No se miden aspectos fisiológicos asociados a la relajación (cómo podría ser la saturación de oxígeno, ritmo cardíaco, presión arterial).
- *Distracción / focalización en actividad musical*. La concentración de la persona en una actividad musical y placentera, facilita una distracción (más o menos momentánea y duradera) en aspectos de percepción de dolor, pensamientos negativos recurrentes... y/o una mejoría en su estado de ánimo. Según el nivel de involucrarse de la persona, le puede aportar otros beneficios de tipo más emocional, como mejora de la autoestima, aumento de la creatividad, etc.
- *Activación*. La persona pasa de un estado o nivel energético bajo, a uno más activo, más despierto.
- *Expresión emocional*. Las diferentes técnicas permiten que la sesión facilite la expresión emocional de la persona (ya sea tocando, cantando, componiendo...).
- *Catarsis*. Situaciones de gran descarga emocional, normalmente a través del llanto o la descarga física en un instrumento.
- *Integración*. Incorporación a la sesión de elementos no previstos a priori y externos a ella (alarmas de máquina, melodías de teléfonos móviles, pausas por la hora de la comida y la llegada del tentempié...).

- Socialización. La sesión pasa de individual a grupal, por la entrada de otras personas. Éstas pueden proceder del equipo de enfermería (muy puntuales), familiares, u otros pacientes cercanos (situación más habitual y con más duración).

En el diario de sesiones recogemos los distintos objetivos que a lo largo del día podemos observar/trabajar. El número varía, entre uno-dos y todos. Difícilmente se trabaja un solo objetivo. La dinámica de la sesión lo favorece.¹³

Entre las **técnicas**, se han sintetizado las mencionadas anteriormente como modelo tradicional y que repetimos a continuación:

- Cantar
- Tocar (seguir el ritmo de una canción, melodía)
- Audición (música pregrabada y/o en directo)
- Improvisación (vocal o instrumental)
- Composición y Análisis lírica
- Visualización
- Música y movimiento
- Otras: uso de otras técnicas no musicales (p.ej. pintura, escritura narrativa o poemas) como elemento de partida / final de una sesión.

Cómo se verá en los resultados y en la discusión, el uso de una técnica muchas veces facilita el trabajo de un objetivo concreto. A medida que la técnica se complica y el individuo pasa de un estado pasivo a uno más activo, el objetivo va cambiando.

Por lo que se refiere a **instrumentos**, registramos tres aspectos: cuáles se utilizan, quién los utiliza (paciente o musicoterapeuta) y de qué tipo son, distinguiendo entre melódicos y percusión.

Instrumentos melódicos:

- Arpa
- Guitarra
- Teclado
- Xilófono
- Kalimba

Instrumentos de Percusión (indeterminada)

- Pandero
- Bongos pequeños
- Claves
- Sonajeros varios (*caxixí*, uñas, maracas)
- Palo de lluvia

Otros: cuencos tibetanos

¹³ Un ejemplo vivido allí con una paciente, embarazada. Cantábamos algo tranquilo para el bebé que se movía mucho (relajación, focalización en el cuerpo), cuando sonó la alarma de la máquina. La paciente mira a la musicoterapeuta con miedo. Dejamos la nana y adaptamos la música al sonido de la alarma (integración), repartimos instrumentos a pacientes cercanos (socialización) e improvisamos según el ritmo y el tono de la máquina (improvisación instrumental). Como no para, inventamos una letra hablando de la “pesada esta que no para” (improvisación vocal), donde se expresa lo que se siente y se ríe (expresión emocional). Cuando la máquina vuelve a su estado normal (han pasado 13 minutos) “reanudamos” la sesión. Esta se ha convertido en grupal y los objetivos han cambiado. Hay mucha más activación.

Finalmente, nos queda listar el **tipo de música** que se ha registrado:

- Modal / Tonal (especialmente para las improvisaciones con instrumentos melódicos que persiguen un efecto más relajante)¹⁴
- Folklórica (músicas regionales, populares españolas, extranjeras, de celebraciones...)
- Clásica
- Cantautores: españoles y extranjeros
- Estilos: blues, pop, rock, celta... Se ha distinguido si es de procedencia española o extranjera
- Religiosa / espiritual

¹⁴ En la música modal se utilizan muy pocas alteraciones, sigue más el concepto de la música antigua griega, que se regía por modos. Cada modo tenía un carácter, un *ethos*. Una vez se escoge un modo, este varía poco a lo largo de la improvisación. La música tonal, en cambio, permite muchos más cambios en la misma pieza, alteraciones, armonías complejas, que imprimen otro carácter y riqueza a la música.

5.4.4. Tamaño muestral

Calculamos el número del tamaño muestral asumiendo un valor para la desviación típica de la variable de la escala global de la calidad de vida del test EORTC QLQ-C30 de aproximadamente 20 (valor obtenido a partir de varias publicaciones que utilizan esta variable), se tendría una potencia suficiente (igual o superior al 80%, $\beta = 0.20$) para detectar una diferencia significativa (aproximación bilateral, $\alpha = 0.05$) de un mínimo de 15 puntos. Diferencia relevante desde un punto de vista clínico y por tanto válida para los objetivos propuestos en este ensayo clínico.

Este número se calculó del número de pacientes visitados previamente en el servicio y se evaluó su impacto sobre la rutina asistencial, considerando que se podía llevar a cabo sin interferir de forma relevante y permitiendo, al mismo tiempo, cumplir con los estándares de buena práctica clínica.

Para el estudio, se invitaron a 96 pacientes, que con una tasa de pérdidas inferior al 25% permitió al final un total completo de 69 pacientes, con 19 pérdidas y 8 rechazos a participar. Los pacientes se repartieron en dos grupos:

- Experimental: 52 originales (33 completan, 14 perdidos, 5 no quieren participar).
- Control: 44 originales (36 completan, 5 perdidos, 3 no quieren participar)

Para el estudio cualitativo el equipo investigador incluyó el análisis de entrevistas hasta que consideró por consenso que se había llegado a la saturación de los campos de significado.

5.4.5. Análisis estadístico

La descripción de los datos cualitativos se realiza en forma de frecuencias absolutas y porcentajes; y los datos cuantitativos, mediante $\text{media} \pm \text{desviación típica}$, máximo y mínimo.

La comparación de los datos demográficos se ha realizado de la siguiente manera: para las variables cuantitativas se ha utilizado el test U de Mann-Whitney y para las variables cualitativas el test chi-cuadrado o test de Fisher según corresponda.

Se ha estudiado mediante análisis de regresión de modelos mixtos de medidas repetidas el efecto de la musicoterapia o condición control sobre la evolución de los test psicológicos (HADS, EORTC QLQ C-30) y sus distintas dimensiones ajustando por el ciclo y su interacción con el tipo de intervención.

Para evaluar la intervención de la musicoterapia o condición control mediante la evolución del Termómetro del Distrés se ha realizado un análisis de regresión de modelos mixtos. En este modelo se han evaluado las diferencias entre las medidas antes y después de cada ciclo ajustando por el número de ciclo y su interacción con el tipo de intervención.

Para todas las pruebas estadísticas se han considerado como valores significativos los p-valores menores de 0.05.

El análisis estadístico se realizó con el software SPSS 9.0 (SPSS Inc.) y SAS Enterprise Guide 3.0.

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

- 6.1. Reclutamiento de las participantes
- 6.2. Datos descriptivos de la población de estudio (sociodemográficos y clínicos)
- 6.3. Resultados de las escalas o instrumentos de medidas
- 6.4. Comparación de la evolución de los tests psicológicos en los diferentes grupos de intervención
 - 6.4.1. Efectos inmediatos. Termómetro del Distrés
 - 6.4.2. Efectos a largo plazo. HADS
 - 6.4.3. Efectos a largo plazo. EORTC QLQ C-30
 - 6.4.4. Comparación de la evolución de los tests psicológicos
- 6.5. Datos cualitativos
- 6.6. Datos descriptivos de los aspectos musicales y objetivos terapéuticos

6.1. Reclutamiento de las participantes

El reclutamiento de las participantes tuvo lugar entre los meses de abril de 2008 y mayo de 2011.

Desde el servicio de oncología médica y enfermería se propuso a las personas que cumplían los criterios de inclusión la participación en el estudio. Son ellos quienes reciben y gestionan las visitas médicas y los tratamientos. Conocen de antemano las pacientes que pasarán por allí y su patología.

Introduciendo el equipo de enfermería en la detección de posibles pacientes, el número de posibles casos a incluir creció notablemente. De lo contrario era muy lento (no todos los médicos de la unidad colaboraban en el estudio).

Una vez el equipo de enfermería detectaba un posible caso, avisaba al equipo médico y/o investigador para que este informara a la paciente de la investigación y le planteara su colaboración. A partir de aquí, se sigue el protocolo establecido (pág. 94).

El número de personas invitadas y que respondieran a los criterios de inclusión fue 96.

De estas 96 personas, 8 personas (8,33%) rechazaron participar, debido (en su mayoría) a no sentir ninguna preferencia o conexión con el ámbito musical.

De las 88 personas restantes que respondían a los criterios de inclusión y aceptaron participar, 69 completaron el estudio (71,87%) y 19 se perdieron (19,79%).

Las pérdida de los 19 datos se debió a varias razones: 10 personas cambiaron el día de tratamiento a otro día a lo largo de los diversos ciclos (52,63%), de 3 personas el equipo investigador no completó los datos (15,78%), 2 personas decidieron abandonar el estudio por ellas mismas (10,52%), 1 persona ingresó en el hospital y continuó el tratamiento allí (5,26%), a 1 persona se le interrumpió el tratamiento por no ser efectivo (5,26%), 1 persona abandonó por presión familiar (5,26%), y otra persona pasó el tratamiento a otro servicio médico (5,26%).

La distribución de los grupos y personas en cuanto al abandono y rechazo, se esquematiza en el diagrama de flujo siguiente (figura 1).

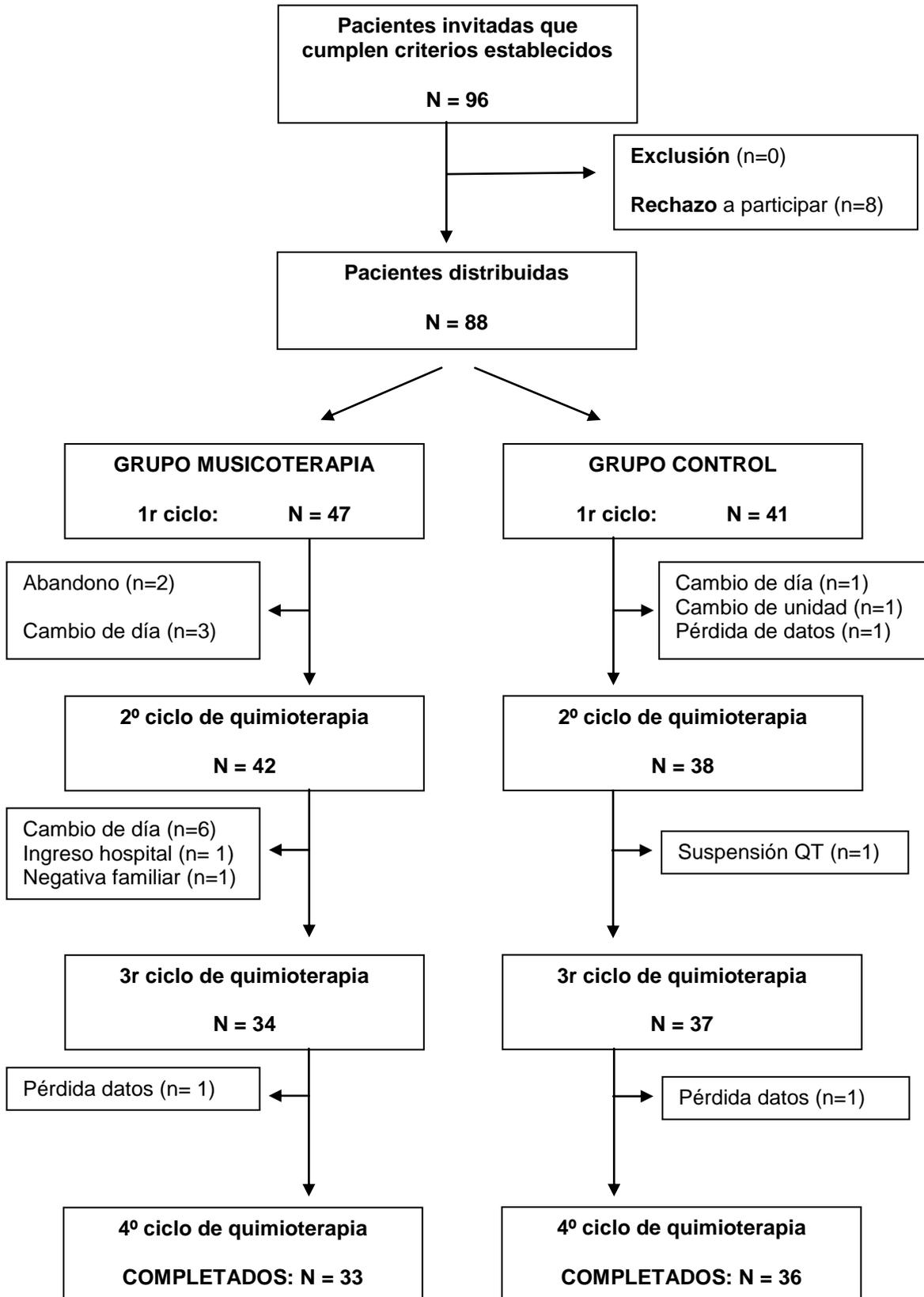


Figura 1. Diagrama de flujo de las pacientes participantes

6.2. Datos descriptivos de la población de estudio

Tabla 7
Datos sociodemográficos

	Grupo Control		Grupo Experimental		Total	
	Mínima	Máxima	Mínima	Máxima	Mínima	Máxima
Edad media						
54,8 años (GC) // 47 años (GE)	33	78	30	80	30	80
51,1 años (Total)						
	Frecuencia N=36	Porcentaje válido (100 %)	Frecuencia N=33	Porcentaje válido (100 %)	Frecuencia N=69	Porcentaje válido (100 %)
Estado civil						
Soltera	8	22,2	10	30,3	18	26,1
Casada, en pareja	20	55,6	20	60,6	40	58,0
Separada, divorciada	4	11,1	2	6,1	6	8,7
Viuda	3	8,3	1	3	4	5,8
Otros	1	2,8	0	0	1	1,4
Convivencia						
Sola	5	13,9	4	12,1	9	13,0
Esposo/a	4	11,1	9	27,3	13	18,8
Pareja e hijos	15	41,7	12	36,4	27	39,1
Pareja e hijos y algún padre	2	5,6	2	6,1	4	5,8
Con padres	1	2,8	0	0	1	1,4
Con hijos	3	8,3	2	6,1	5	7,2
Con amigos	1	2,8	0	0	1	1,4
Otros	5	13,9	4	12,1	9	13,0
Duración convivencia						
1 a 3 años	3	9,1	4	12,5	7	10,8
4 a 10	4	12,1	8	25	12	18,5
11 a 20	5	15,2	9	28,1	14	21,5
Más de 20	21	63,6	11	34,4	32	49,2
Nivel educativo						
Primarios	4	11,1	0	0	4	5,9
EGB	5	13,9	6	18,8	11	16,2
Bachiller	16	44,4	16	50	32	47,1
Universitario	7	19,4	8	25	15	22,1
Universitario grado superior	4	11,1	2	6,3	6	8,8
Situación laboral						
Tiempo completo	10	27,8	4	12,1	14	20,3
Tiempo parcial	0	0	1	3	1	1,4
Ama de casa	8	22,2	3	9,1	11	15,9
Estudiante	0	0	0	0	0,0	0,0
Desempleada	3	8,3	1	3	4	5,8
Jubilada	5	13,9	2	6,1	7	10,1
Baja	9	25	22	66,7	31	44,9
Otra	1	2,8	0	0	1	1,4
Medio en el que vive						
Urbano	32	88,9	30	90,9	62	89,9
Rural	4	11,1	3	9,1	7	10,1
Origen						
Europa	36	100	30	90,9	66	95,7
Otro	0	0	3	9,1	3	4,3

La edad media de las mujeres incluidas en el grupo de musicoterapia (33) fue de 47 años con un rango de edad entre los 30 y 80 años, mientras que las incluidas en el grupo control (36) fue de 54 años, con un rango de edad entre 33 y 78 años.

Los grupos están bien balanceados en cuanto a estado civil. De las 69 participantes de la muestra, 18 estaban solteras (26,1%), 40 estaban casadas o vivían en pareja (58%), 2 estaban separadas o divorciadas (6,1%) y 1 persona era viuda (3%).

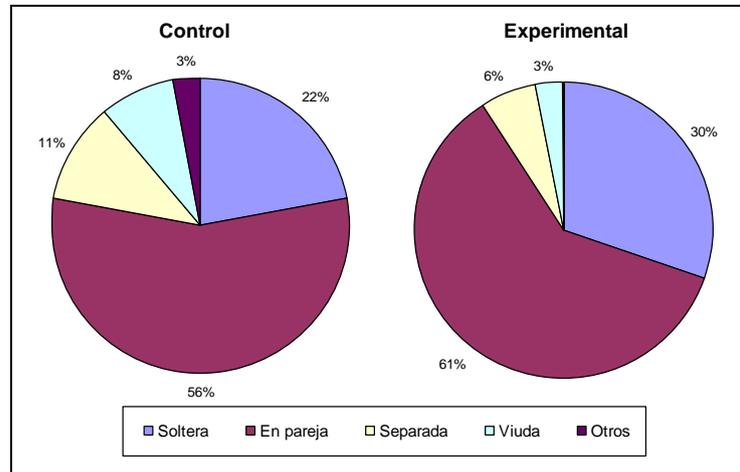


Figura 2. Estado civil

En cuanto a la convivencia, 9 personas viven solas (13%). En ambos grupos las personas viven mayoritariamente con la pareja (13 personas, un 18,8%), con el cónyuge e hijos (27 personas, un 39,1%), con hijos (7,2%), algún padre (1,4%). También encontramos convivencia fuera de la familia, ya sea con amigos (1,4%) u algún otro tipo de asociación (13%), como por ejemplo comunidad religiosa.

La duración de la convivencia evoluciona también en paralelo en ambos grupos: el número de casos aumenta a medida que aumentan los años de convivencia. En general, mientras que entre 1 y 3 años el porcentaje es del 10,8%, la convivencia entre 4 y 10 años sube al 18,5%, llega a un 21,5% a partir de los 11 años y se mantiene muy elevado entre las personas que llevan más de 20 años (49,2%), siendo, en este último caso, un porcentaje mucho mayor en el grupo control.

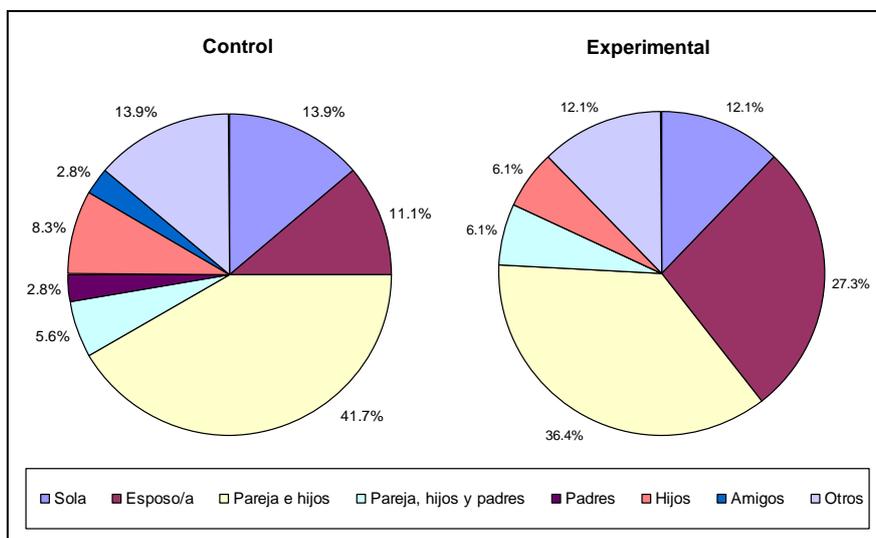


Figura 3. Convivencia

Con respecto al nivel educativo, el Bachiller predomina en ambos grupos, llegando a alcanzar un 47,1% del total; lo siguen el nivel universitario (22,1%), EGB (16,2%) y el universitario de grado superior (8,8%). Cierra el apartado, el nivel de estudios primarios (5,9%), solo representado en el grupo control.

Al preguntar por la situación laboral, los resultados difieren un poco en ambos grupos. Las situaciones extremas de baja laboral y dedicación a tiempo completo se cruzan. Mientras que en el grupo experimental predomina la baja laboral (66,7%), seguida por la dedicación a tiempo completo (12,1%), en el grupo control la situación es al revés: predomina la ocupación a tiempo completo (27,8%) seguida muy de cerca por la baja (25%). En el resto de posibilidades, vuelven a ir parejas. Si analizamos el total de participantes, observamos que después de la baja y la dedicación completa, siguen la ocupación de ama de casa (15,9%), jubilada (10,1%), desempleada (5,8%), empleo a tiempo parcial y otras dedicaciones (1,4% cada una). No hay población estudiante entre la muestra escogida.

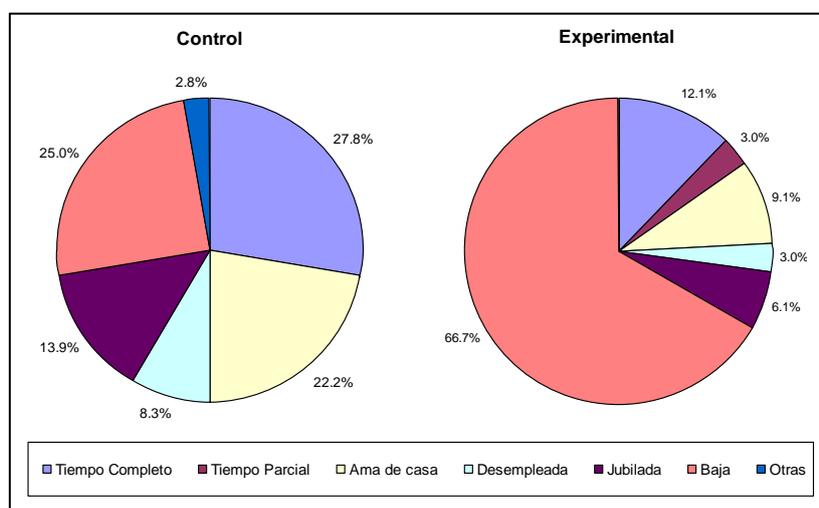


Figura 4. Situación laboral

Finalmente, en cuanto al origen y el lugar de residencia, de las 69 personas, 66 tenían origen europeo (español) (95,7%) y 3 personas (correspondientes al grupo experimental) provenían de otros continentes (4,3%), en concreto norteamericano, suramericano y asiático.

El ámbito de residencia es mayoritariamente urbano para todas las pacientes (89,9%), frente a un 10,1% que vive en medio rural.

Tabla 8
Datos clínicos

Característica	Grupo Control		Grupo Exp. (MT)		Total	
	Frecuencia N=36	Porcentaje Válido (100 %)	Frecuencia N=33	Porcentaje Válido (100 %)	Frecuencia N=69	Porcentaje Válido (100 %)
Inicio del Tratamiento desde diagnóstico						
Menos de 3 meses	33	91,7	31	93,9	64	92,8
De 3 a 6 meses	3	8,3	2	6,1	5	7,2
Diagnóstico						
Carcinoma ductal	30	83,3	31	93,9	61	88,4
Carcinoma lobulillar	6	16,7	1	3	7	10,1
Carcinoma intraductal	0	0	1	3	1	1,4
Mama afectada						
Derecha	19	52,8	15	45,5	34	49,3
Izquierda	17	47,2	16	48,5	33	47,8
Bilateral	0	0	2	6,1	2	2,9
Tratamiento previo						
Cirugía	24	66,7	25	75,8	49	71,0
No tratamiento	12	33,3	8	24,2	20	29,0
Tratamiento posterior						
No tratamiento	16	44,4	5	15,6	21	30,9
Radioterapia	2	5,6	5	15,6	7	10,3
Cirugía (radical)	0	0	1	3,1	1	1,5
Hormonoterapia	1	2,8	4	12,5	5	7,4
Terapia biológica	2	5,6	1	3,1	3	4,4
Radioter. + Hormonoterapia	10	27,8	14	43,8	24	35,3
Radioter. + Horm.ter. + Cirugía	1	2,8	2	6,3	3	4,4
Hormonoterapia + T. Biológica	2	5,6	0	0	2	2,9
Radioter. + Horm.ter. + T.Biol.	1	2,8	0	0	1	1,5
Tipo de cirugía						
Conservadora	12	46,2	14	50	26	48,1
Radical	14	53,8	13	46,4	27	50,0
Sin especificar	0	0	1	3,6	1	1,9
Antecedentes familiares						
No	11	32,4	11	34,4	22	33,3
Si	23	67,6	21	65,6	44	66,7
Línea de procedencia antecedentes						
Materna	7	30,4	9	42,9	16	36,4
Paterna	10	43,5	2	9,5	12	27,3
Ambas	6	26,1	10	47,6	16	36,4
Número de antecedentes						
1	10	43,5	2	9,5	12	27,3
2	5	21,7	6	28,6	11	25,0
3	2	8,7	10	47,6	12	27,3
4	3	13	2	9,5	5	11,3
5	1	4,3	1	4,8	2	4,5
6	1	4,3	0	0	1	2,3
7	1	4,3	0	0	1	2,3

El tiempo que pasa entre la fecha del diagnóstico y el inicio del tratamiento con quimioterapia es muy corto en ambos grupos, mostrando un buen balanceo. Mientras que en el grupo experimental, el 93,9% (31 personas) empieza antes de los tres meses y el 6,1% (2 personas) empieza a partir de los tres meses, en el grupo control el porcentaje es parecido: un 91,7% (33 personas) empieza antes de los tres meses y el 8,3% (3 personas) lo hace a posteriori.

En cuanto al diagnóstico, se diferenciaron tres tipos de carcinoma: ductal, lobulillar e intraductal. La mayoría de casos responden al carcinoma ductal en ambos grupos (93,9% en el experimental y 83,3% en el control). El resto de casos se reparten entre carcinoma lobulillar (10,1% global, preferente en el grupo control) e intraductal (1,4%, presente solo en el experimental).

La localización del tumor está muy repartida: a nivel global, el 49,3% de casos se encuentran en la mama derecha, el 47,8% en la izquierda, y un 2,9% en ambas. Si miramos por grupos, en el grupo control predomina la mama derecha por encima de la izquierda (52,8% vs. 47,2%), mientras que en el grupo experimental es al revés, el tumor predomina en la mama izquierda (48,5%) por encima de la derecha (45,5%).

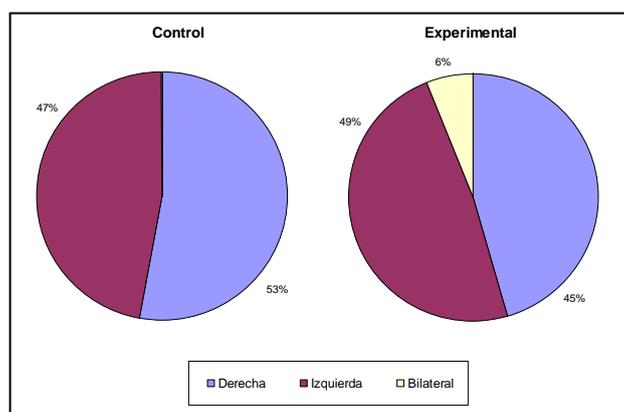


Figura 5. Localización del tumor

El tratamiento para la reducción del tumor pasa a menudo por un tratamiento previo de cirugía. Esto se da en ambos grupos, en proporciones parecidas: un 75,8% de los casos (25) en el grupo experimental, y un 66,7% (24) en el control.

El tipo de cirugía que se practica está muy igualado entre conservadora (48,1% del total) y radical (50%), aunque se distribuye de manera diferente según el grupo. En el experimental hay un ligero predominio de la conservadora sobre la radical (50% vs. 46,4%) mientras que en el control sucede lo contrario, predomina la radical por encima de la conservadora (53,8% vs. 46,2%).¹⁵

La diferenciación de la cirugía previa al tratamiento, la podemos observar en la figura siguiente.

¹⁵ La cirugía conservadora es aquella que mantiene una parte de la mama (ej. tumorectomía, linfadenectomía), mientras que la radical supone una mutilación completa de la mama (ej. mastectomía).

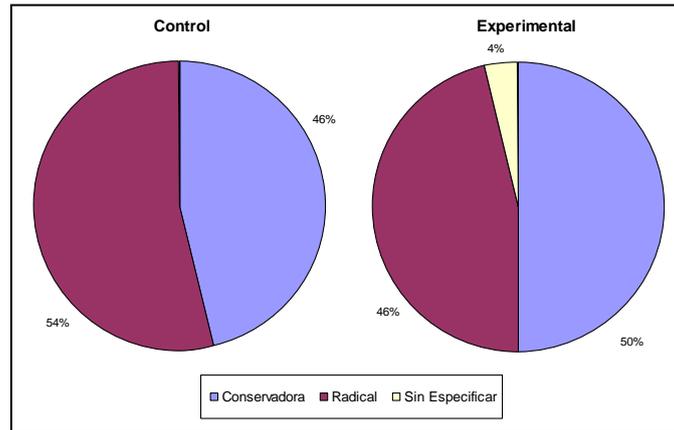


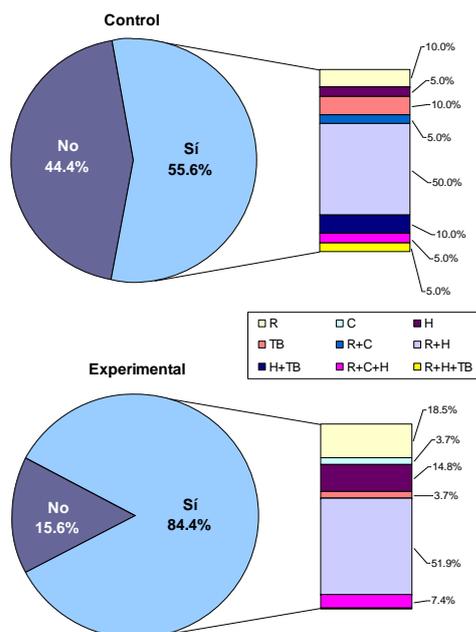
Figura 6. Tipo de cirugía

Finalizada la quimioterapia, es posible que la paciente deba continuar con otro tipo de tratamiento. Éste puede ir desde la radioterapia a la hormonoterapia, la cirugía o la terapia biológica. Lo más común es la combinación de radioterapia + hormonoterapia.

La distribución por grupos entre no tratamiento y tratamiento posterior (RT+HT) no es coincidente, varía según el grupo. Mientras que en el grupo control, un 44,4% de las pacientes (16) no seguirán otro tratamiento, en el experimental un 43,8% (14) sí lo harán.

Cuando la persona debe continuar tratamiento, ambos grupos coinciden en la radioterapia + hormonoterapia como opción mayoritaria.

En la figura siguiente podemos observar, por un lado (círculo), los que recibirán tratamiento posterior frente a los que no, y por el otro (columna derecha) el tipo de tratamiento y el porcentaje que representa cada uno dentro de los que sí recibirán tratamiento.



Del total de tratamientos posteriores prescritos, en ambos grupos, alrededor del 50% serán tratados con radioterapia + hormonoterapia, seguidos por radioterapia sola (10% en el GC y 18,5% en el GE), hormonoterapia (5% en el GC y 14% en el GE), hormonoterapia + terapia biológica (10% en el grupo control) y otros tratamientos, con una presencia inferior al 10%.

Figura 7. Tratamiento posterior

Por lo que se refiere a los antecedentes familiares, es decir, la presencia de cáncer en otros miembros de la familia, ambos grupos vuelven a coincidir. En el grupo experimental, un 65,6% de los casos (21) tiene antecedentes familiares, y en el control la proporción es de un 67,6% (23). En la figura siguiente observamos cómo se distribuyen estos porcentajes según la línea de procedencia (paterna, materna o ambas).

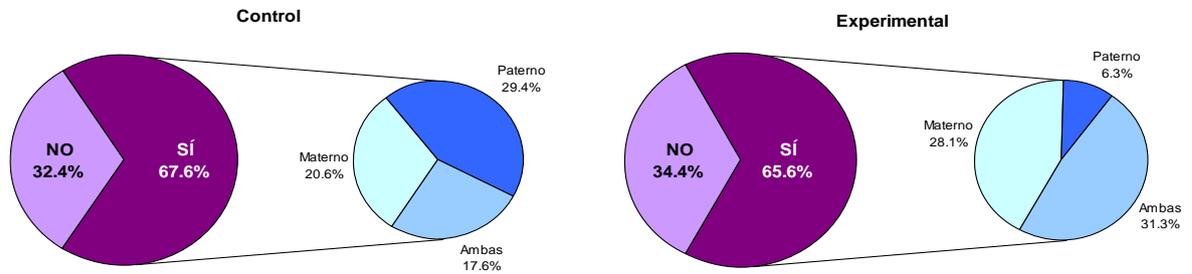


Figura 8. Antecedentes familiares y línea de procedencia de los antecedentes

Los grupos distribuyen de manera inversa los casos de las familias que tienen 1 y 3 antecedentes. Mientras que en el grupo experimental predominan familias donde ya hay 3 casos previos de cáncer (representa un 47,6% del GE, 10 pacientes), en el grupo control un 43,5% de pacientes (también 10 personas) solo tienen 1 miembro con cáncer. En el cómputo global, este número de casos y porcentaje está igualado (un 27,3%), seguido muy de cerca por las pacientes que tienen 2 familiares a los que se les haya diagnosticado cáncer con anterioridad.

El número máximo encontrado con antecedentes previos ha sido de 7 solo (representa un 2,3% del total).

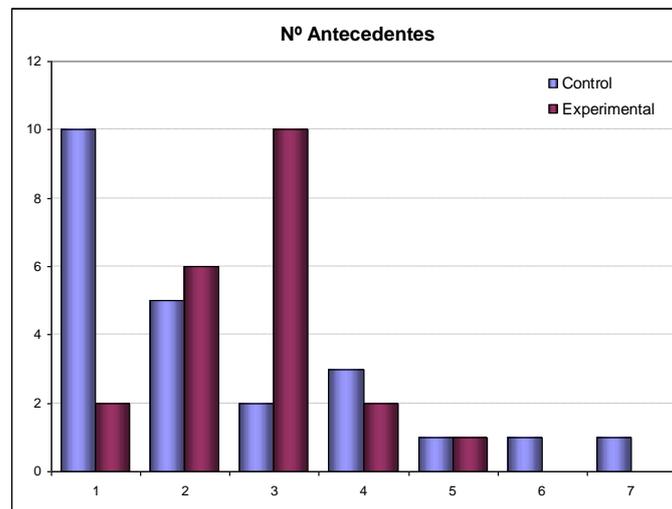


Figura 9. Número de antecedentes

6.3. Resultados de las escalas o instrumentos de medición

6.3.1. Efectos inmediatos. **Termómetro del Distrés.** Relación de las medias y la desviación estándar en las variables del Termómetro del Distrés (ansiedad y depresión) antes y después de la intervención en cada uno de los ciclos.

Tabla 9

Datos descriptivos de las variables del Termómetro del Distrés (ansiedad y depresión) en cada uno de los ciclos

ANSIEDAD (Termómetro del Distrés)	Grupo Control N=36		Grupo Experimental N=33	
	Antes	Después	Antes	Después
	Media \pm DE	Media \pm DE	Media \pm DE	Media \pm DE
Ciclo 1 (dif.)	3.19 \pm 2.655	1.93 \pm 2.119	3.53 \pm 2.828	1.44 \pm 1.771
	-1.26 \pm 2.139		-2.09 \pm 2.082	
Ciclo 2 (dif.)	2.86 \pm 2.848	2.00 \pm 2.493	2.73 \pm 2.201	1.08 \pm 1.506
	-0.86 \pm 2.319		-1.653 \pm 1.559	
Ciclo 3 (dif.)	2.99 \pm 2.416	2.28 \pm 2.559	2.69 \pm 2.239	1.09 \pm 1.528
	-0.71 \pm 1.532		-1.61 \pm 1.699	
DEPRESIÓN (Termómetro del Distrés)				
Ciclo 1 (dif.)	1.99 \pm 2.511	1.49 \pm 2.341	3.05 \pm 2.688	1.21 \pm 1.678
	-0.50 \pm 1.719		-1.83 \pm 2.087	
Ciclo 2 (dif.)	2.19 \pm 2.603	1.72 \pm 2.322	2.44 \pm 2.214	0.91 \pm 1.349
	-0.47 \pm 1.158		-1.53 \pm 1.447	
Ciclo 3 (dif.)	2.46 \pm 2.567	2.31 \pm 2.765	2.59 \pm 2.237	1.06 \pm 1.619
	-0.15 \pm 1.616		-1.53 \pm 1.858	

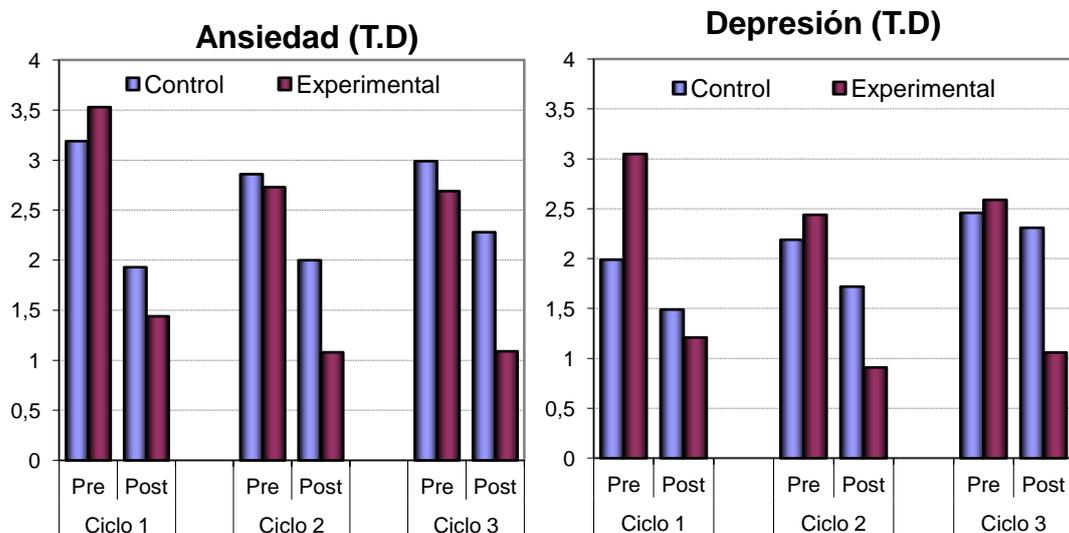


Figura 10. Evolución del Termómetro del Distrés en cada ciclo

En cuanto a evolución general, observamos que en el grupo control, la media de la ansiedad post aumenta entre el ciclo 1 y el 3 (de 1.93 → 2.28) (no ha tenido intervención con musicoterapia).

En el grupo control, la media de la depresión tiende a aumentar entre el ciclo 1 y el 3, tanto en el antes como en el después (no ha tenido intervención con musicoterapia).

En el grupo experimental pasa al revés: la media de la ansiedad post se reduce entre el ciclo 1 y el 3 (de 1.44 → 1.09), mientras que la de la depresión se reduce tanto en el antes como en el después.

6.3.2. Efectos a largo plazo. **HADS**. Relación de las medias y la desviación estándar de las variables (ansiedad y depresión) en sus momentos de medida (ciclos 1 y 4)

Tabla 10

Datos descriptivos de las variables del HADS (ansiedad y depresión) en sus momentos de medida (inicio y final), ciclos 1 y 4

Instrumento	Grupo Control (N=36)	Grupo Experimental (N=33)
ANSIEDAD (HADS)	Media ± D. E	Media ± D. E
Ciclo 1	6.31 ±3.528	7.39 ±4.054
Ciclo 4	6.25 ±3.255	5.22 ±3.333
DEPRESIÓN (HADS)		
Ciclo 1	3.22 ±2.938	3.64 ±3.296
Ciclo 4	4.53 ±3.676	2.97 ± 2.974

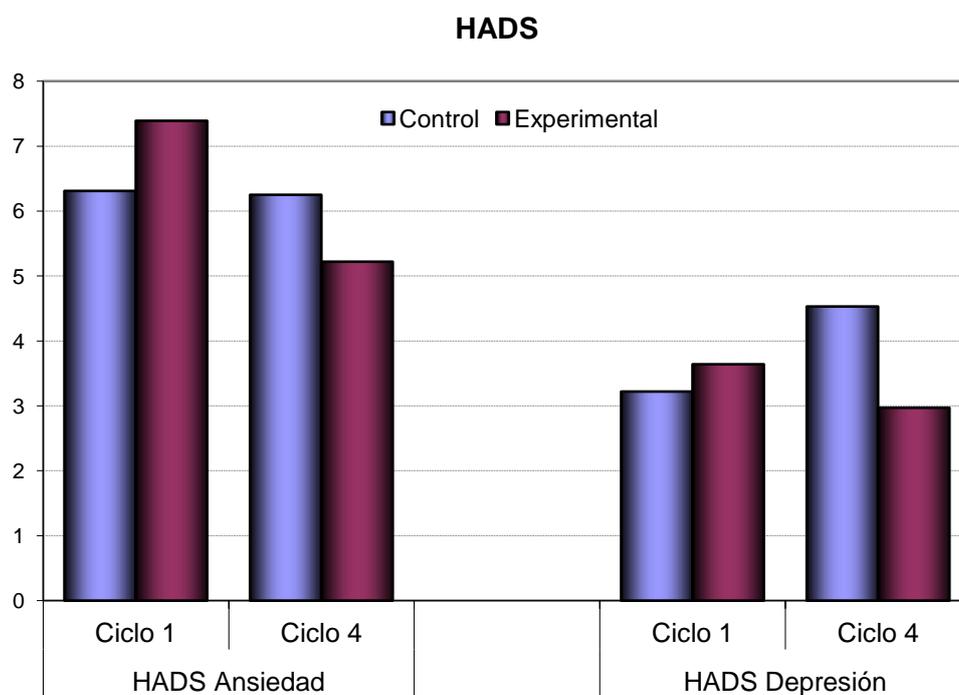


Figura 11. Evolución de las variables HADS en ciclo 1 y 4

En la Figura 11 observamos que en ansiedad, el grupo control se mantiene prácticamente igual, con una ligera reducción entre el ciclo 1 y el 4 (de 6.31 → 6.25), mientras que el grupo experimental, aun partiendo de una media inicial superior (7.39) consigue una puntuación final bastante inferior (5.22).

La depresión parte, en ambos grupos, de niveles inferiores que la ansiedad. Pero esta vez el grupo control no reduce esta variable sino que la aumenta (3.22 → 4.53), mientras que el grupo experimental, aun partiendo otra vez de una puntuación superior al control la reduce y en mayor proporción (3.64 → 2.97).

6.3.3. Efectos a largo plazo. **EORTC QLQ C-30**. Relación de las medias y la desviación estándar en las variables del EORTC (calidad de vida) antes y después de la intervención en cada uno de los ciclos.

Tabla 11

Datos descriptivos de la variable Calidad de vida Global, del EORTC QLQ C-30 en sus momentos de medida (inicio y final), ciclos 1 y 4

Instrumento	Grupo Control (N=36)	Grupo Experimental (N=33)
Calidad de vida global (EORTC QLQ C-30)	Media ± D. E	Media ± D. E
Ciclo 1	73.36 ±15.855	68.94 ±21.491
Ciclo 4	64.69 ±20.776	73.45±18.579

CALIDAD DE VIDA GLOBAL

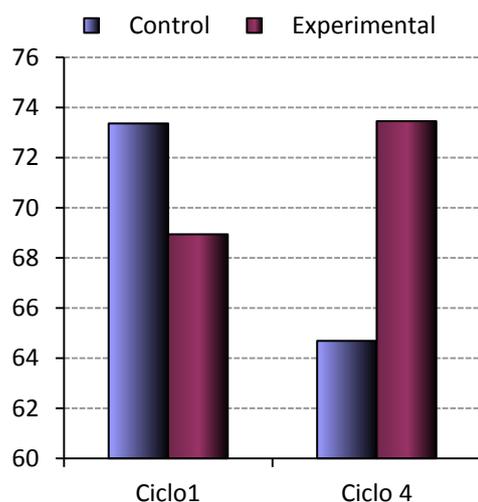


Figura 12. Evolución de la Calidad de vida global (EORTC QLQ C-30) en ciclos 1 y 4

En cuanto a calidad de vida, la evolución de ambos grupos va en sentido contrario. Mientras que en el grupo control la media desciende entre el ciclo 1 y el 4 (73.36 → 64.69), el experimental parte de un valor más bajo que el control y en su evolución aumenta (69.94 → 73.45), llegando a alcanzar en el ciclo 4 casi el mismo valor que el inicial del control.

Tabla 12

Datos descriptivos de las variables de las subescalas del EORTC QLQ C-30 en sus momentos de medida (inicio y final), ciclos 1 y 4

Instrumento	Grupo Control (N=36)	Grupo Experimental (N=33)
Subescalas EORTC QLQ C-30	Media \pm D. E	Media \pm D. E
Funcionamiento Físico		
Ciclo 1	86.92 \pm 16.31	90.49 \pm 10.83
Ciclo 4	78.97 \pm 20.49	88.55 \pm 11.55
Func. Rol		
Ciclo 1	81.17 \pm 24.09	70.15 \pm 29.47
Ciclo 4	79.19 \pm 27.11	83.82 \pm 22.21
Func. Emocional		
Ciclo 1	73.81 \pm 17.95	69.97 \pm 21.36
Ciclo 4	77.89 \pm 19.74	81.03 \pm 19.01
Func. Cognitivo		
Ciclo 1	87.03 \pm 14.88	78.30 \pm 23.71
Ciclo 4	82.83 \pm 15.07	83.79 \pm 19.23
Func. Social		
Ciclo 1	78.67 \pm 23.42	75.24 \pm 24.68
Ciclo 4	77.81 \pm 18.62	75.3 \pm 25.67
Fatiga		
Ciclo 1	14.14 \pm 17.96	18.42 \pm 20.37
Ciclo 4	30.42 \pm 25.58	25.94 \pm 19.07
Náuseas, vómitos		
Ciclo 1	0.00 \pm 0.00	5.06 \pm 14.14
Ciclo 4	5.56 \pm 11.21	5.61 \pm 9.94
Dolor		
Ciclo 1	12.03 \pm 14.05	17.18 \pm 21.78
Ciclo 4	19.81 \pm 25.61	13.64 \pm 17.86
Disnea		
Ciclo 1	1.83 \pm 7.67	2.00 \pm 7.99
Ciclo 4	5.81 \pm 13.28	6.00 \pm 12.92
Problemas de sueño		
Ciclo 1	25.86 \pm 27.78	23.06 \pm 22.74
Ciclo 4	27.64 \pm 24.58	25.12 \pm 25.04
Pérdida apetito		
Ciclo 1	5.5 \pm 12.47	13.06 \pm 23.43
Ciclo 4	21.22 \pm 26.62	10.09 \pm 21.25
Estreñimiento		
Ciclo 1	16.56 \pm 23.16	8.03 \pm 16.67
Ciclo 4	29.56 \pm 27.42	13.12 \pm 23.53
Diarrea		
Ciclo 1	2.78 \pm 12.31	6.03 \pm 15.46
Ciclo 4	5.53 \pm 18.64	10.03 \pm 17.57
Probl. económicos		
Ciclo 1	8.28 \pm 16.60	23.15 \pm 31.72
Ciclo 4	9.19 \pm 17.04	17.66 \pm 26.76

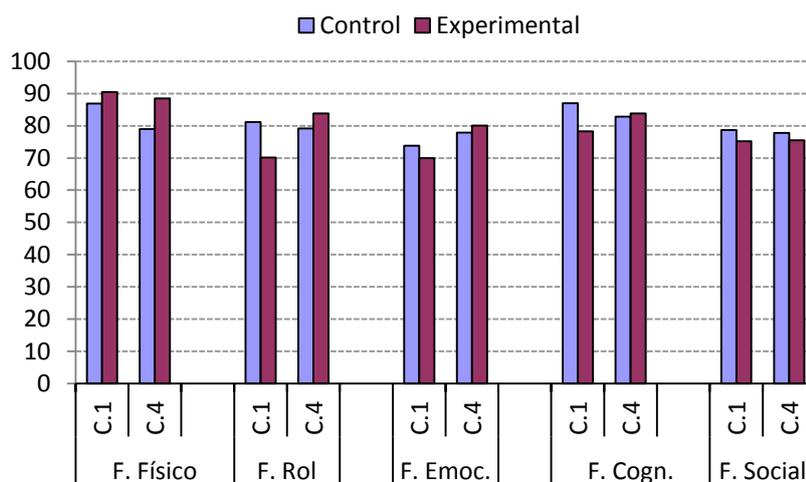


Figura 13. Evolución de las subescalas de funcionamiento (EORTC QLQ C-30)

En el grupo control, todas las subescalas de funcionamiento tienden a reducirse entre el ciclo 1 y el 4, excepto el emocional.

En el experimental, la subescala que se reduce es la del funcionamiento físico, mientras que el resto (rol, emocional, cognitivo y social) evolucionan mejorando su puntuación. La puntuación final en todas las subescalas es superior a la del grupo control, excepto en el funcionamiento social.

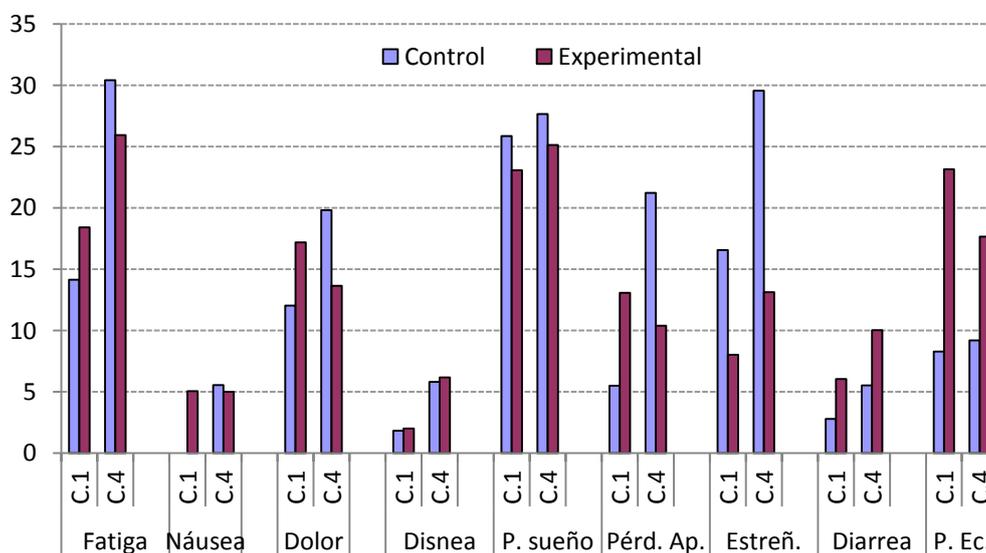


Figura 14. Evolución de las subescalas de síntomas (EORTC QLQ C-30)

En el grupo control los síntomas no se reducen nunca en ninguna de las subescalas, mientras que en el grupo experimental, entre los ciclos 1 y 4, se consigue reducir la percepción del dolor y la pérdida de apetito.

6.4. Comparación de la evolución de los tests psicológicos en los diferentes grupos de intervención

6.4.1. Efectos inmediatos. **Termómetro del Distrés.** Evolución por ciclos según intervención.

La evolución de las pacientes en cada grupo es similar, pero las diferencias se establecen entre los grupos de pacientes.

Tabla 13

Comparación en las medidas del Termómetro del Distrés entre-grupos

	Grupo Control (N=36)		Grupo Experimental (N=33)		p
	Media	IC 95%	Media	IC 95%	
Termómetro Distrés ANSIEDAD					
Ciclo 1	-1.17	(-1.68; -0.67)	-1.85	(-2.37; -1.32)	0.0690
Ciclo 2	-0.92	(-1.43; -0.42)	-1.78	(-2.30; -1.25)	0.0217
Ciclo 3	-0.71	(-1.22; -0.21)	-1.74	(-2.27; -1.22)	0.0057
Termómetro Distrés DEPRESIÓN					
Ciclo 1	-0.67	(-1.13; -0.21)	-1.61	(-2.09; -1.13)	0.0060
Ciclo 2	-0.56	(-1.02; -0.11)	-1.53	(-2.01; -1.05)	0.0045
Ciclo 3	-0.15	(-0.60; 0.31)	-1.47	(-1.95; -0.99)	0.001

Las medias de las diferencias entre el antes y después de la variable **ansiedad** descienden en ambos grupos en cada ciclo. Esta diferencia de medias roza la significación en el ciclo 1 ($p=0.0690$), y en los ciclos 2 y 3 ya la alcanza ($p=0.0217$ y $p=0.0057$, respectivamente).

No hay diferencia significativa en la evolución general de los ciclos. Es decir, que la ansiedad se reduzca no depende del número del ciclo, sino de la intervención en cada ciclo, que hace variar el antes y después (véase Tabla 13 y Figura 15).

En cuanto a la variable **depresión**, las medias de las diferencias entre el antes y después también descienden en ambos grupos en cada ciclo. En este caso, la diferencia es significativa en cada ciclo.

La diferencia significativa está solo por ciclos, no en la evolución general de los grupos. Que la depresión se reduzca no depende del número del ciclo, sino de la intervención en cada ciclo, que hace variar el antes y después (y sus medias). Esta diferencia puede verse muy bien reflejada en la página siguiente (Figura 15).

Diferencia Termómetro del Distrés

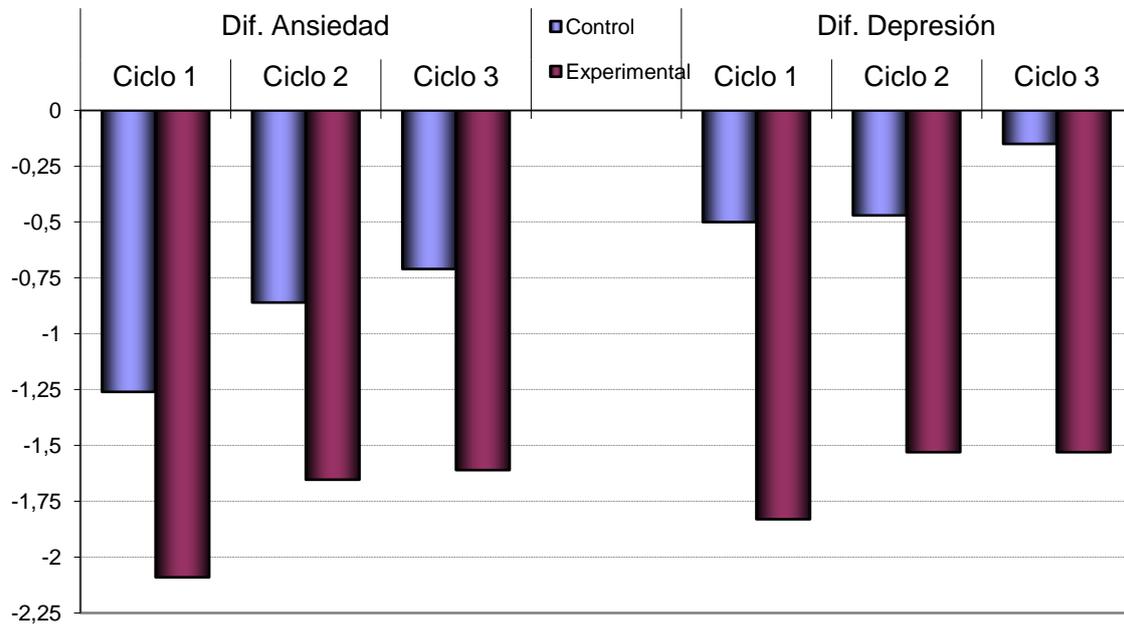


Figura 15. Estimaciones del modelo en Termómetro del Distrés

6.4.2. Efectos a largo plazo. **HADS**. Evolución por ciclos según intervención

Tabla 14

HADS. Comparación en las medidas del HADS intra-grupos

	Grupo Control (N=36)		Grupo Experimental (N=33)	
	Media	IC 95%	Media	IC 95%
HADS - ANSIEDAD				
Ciclo 1	6.72	(6.09; 7.34)	6.94	(6.29; 7.59)
Ciclo 4	6.66	(6.04; 7.29)	4.76	(4.11; 5.41)
P-valor(ciclo 4-ciclo1)	0.9008		<0.0001	
HADS - DEPRESIÓN				
Ciclo 1	3.37	(2.65; 4.10)	3.47	(2.71; 4.22)
Ciclo 4	4.68	(3.96; 5.40)	2.80	(2.05; 3.56)
P-valor(ciclo 4-ciclo1)	0.0127		0.2189	

La **ansiedad** se reduce significativamente en el GE entre el ciclo 1 y 4 ($p < .0001$), mientras que en el GC se mantiene prácticamente estable ($p = 0.9008$).

Esta diferencia significativa se debe a que el intervalo o diferencia de media entre el ciclo 1 y 4 del GE es de 2,18; en cambio, la diferencia de medias en el GC entre los ciclos 1 y 4 es muy pequeña, del 0.5.

En **depresión**, el grupo experimental tiende a bajar ($p = 0.2189$) mientras que en el grupo control la depresión aumenta significativamente ($p = 0.0127$).

6.4.3. Efectos a largo plazo. **EORTC QLQ C-30**. Evolución por ciclos según intervención

Calidad de Vida Global (EORTC QLQ C-30)

Tabla 15

Comparación en las medidas del test Calidad de vida global (EORTC QLQ C-30) intra-grupos

Instrumento	Grupo Control (N=36)		Grupo Experimental (N=33)	
	Media	IC 95%	Media	IC 95%
Calidad de Vida Global				
Ciclo 1	71.88	(67.22; 76.54)	70.56	(65.69; 75.43)
Ciclo 4	63.21	(58.55; 67.87)	75.07	(70.21; 79.94)
(diferencia) p	0.0102		0.1960	

La media de la calidad de vida global evoluciona de manera significativamente diferente según los grupos.

En el grupo experimental, tiende a aumentar entre el ciclo 1 y 4 ($p=0.1960$), mientras que en el grupo control, la calidad de vida global se reduce o empeora significativamente ($p=0.0102$).

Subescalas de funcionamiento (EORTC QLQ C-30)

Recordamos que en este instrumento, interesa que las subescalas de funcionamiento puntúen al alza (máx.100), mientras que el resto (síntomas) se reduzcan (mín.0).

Tabla 16

Estimaciones de las diferencias en las medidas de las subescalas de funcionamiento del EORTC QLQ C-30 intra-grupos

Subescalas EORTC QLQ C-30	Grupo Control (N=36)		Grupo Experimental (N=33)	
	Media	IC 95%	Media	IC 95%
Funcionamiento Físico				
Ciclo 1	88.06	(83.99; 92.13)	89.23	(84.98; 93.48)
Ciclo 4	80.12	(76.05; 84.19)	87.29	(83.04; 91.54)
(diferencia) p	0.0071		0.5237	
Funcionamiento Rol				
Ciclo 1	78.01	(71.26; 84.76)	73.59	(66.54; 80.64)
Ciclo 4	76.04	(69.29; 82.79)	87.25	(80.20; 94.31)
(diferencia) p	0.6818		0.0073	

Subescalas EORTC QLQ C-30	Grupo Control (N=36)		Grupo Experimental (N=33)	
	Media	IC 95%	Media	IC 95%
Func. Emocional				
Ciclo 1	72.42	(68.22; 76.62)	71.48	(67.09; 75.87)
Ciclo 4	76.50	(72.30; 80.70)	82.54	(78.15; 86.93)
(diferencia) p	0.1758		0.0006	
Func. Cognitivo				
Ciclo 1	83.90	(80.19; 87.61)	81.71	(77.84; 85.59)
Ciclo 4	79.76	(75.99; 83.41)	87.20	(83.32; 91.07)
(diferencia) p	0.1137		0.0483	
Func. Social				
Ciclo 1	77.47	(72.48; 82.46)	76.55	(71.34; 81.76)
Ciclo 4	76.61	(71.62; 81.60)	76.61	(71.40; 81.82)
(diferencia) p	0.8096		0.9870	

En cuanto a subescalas de funcionamiento, se han encontrado diferencias significativas en el grupo de control para el funcionamiento físico ($p=0.0071$), mientras que para el grupo experimental se han encontrado diferencias significativas en el funcionamiento de rol ($p=0.0073$), funcionamiento emocional ($p=0.0006$) y cognitivo ($p=0.0483$).

Subescalas de síntomas (EORTC QLQ C-30)

A continuación, analizamos la evolución por grupos de las subescalas de síntomas. Al igual que en las de funcionamiento, la puntuación va de 0 a 100. Cuanto más baja, menos sintomatología presenta la paciente. Y al revés, cuanto más alta, más síntomas.

Tabla 17

Estimaciones de las diferencias en las medidas de las subescalas de síntomas del EORTC QLQ C-30 intra-grupos

Subescalas EORTC QLQ C-30	Grupo Control (N=36)		Grupo Experimental (N=33)	
	Media	IC 95%	Media	IC 95%
Fatiga				
Ciclo 1	15.68	(10.62; 20.74)	16.74	(11.46; 22.02)
Ciclo 4	31.96	(26.90; 37.01)	24.25	(18.97; 29.54)
(diferencia) p	<.0001		0.0483	
Náuseas, vómitos				
Ciclo 1	1.61	(-1.01; 4.23)	3.30	(0.56; 6.04)
Ciclo 4	7.17	(4.54; 9.79)	3.85	(1.10; 6.59)

Subescalas EORTC QLQ C-30	Grupo Control (N=36)		Grupo Experimental (N=33)	
	Media	IC 95%	Media	IC 95%
(diferencia) p	0.0034		0.7794	
Dolor				
Ciclo 1	13.57	(7.99; 19.15)	15.50	(9.67; 21.33)
Ciclo 4	21.35	(15.77; 26.93)	11.95	(6.12; 17.79)
(diferencia) p	0.0528		0.3954	
Disnea				
Ciclo 1	1.89	(-1.23; 5.01)	1.94	(-1.32; 5.20)
Ciclo 4	5.86	(2.74; 8.98)	5.94	(2.68; 9.20)
(diferencia) p	0.0774		0.0885	
Problemas de sueño				
Ciclo 1	24.93	(19.02; 30.84)	24.08	(17.91; 30.25)
Ciclo 4	26.71	(20.80; 32.61)	26.14	(19.97; 32.31)
(diferencia) p	0.6744		0.6411	
Pérdida apetito				
Ciclo 1	7.33	(0.88; 13.79)	11.06	(4.32; 17.81)
Ciclo 4	23.05	(16.60; 29.51)	8.09	(1.35; 14.84)
(diferencia) p	0.0008		0.5369	
Estreñimiento				
Ciclo 1	14.37	(7.58; 21.16)	10.41	(3.32; 17.51)
Ciclo 4	27.37	(20.59; 34.16)	15.51	(8.41; 22.60)
(diferencia) p	0.0080		0.3145	
Diarrea				
Ciclo 1	3.80	(-0.62; 8.22)	4.92	(0.30; 9.53)
Ciclo 4	6.55	(2.13; 10.97)	8.92	(4.30; 13.53)
(diferencia) p	0.3850		0.2270	
Probl. económicos				
Ciclo 1	13.40	(8.16; 18.63)	17.74	(12.27; 23.20)
Ciclo 4	14.31	(9.08; 19.54)	11.73	(6.17; 17.30)
(diferencia) p	0.8047		0.1254	

En cuanto a subescalas de síntomas, se han encontrado diferencias significativas (aumento) en el grupo control para náuseas y vómitos ($p=0.0034$), pérdida de apetito ($p=0.0008$) y estreñimiento ($p=0.0080$).

6.4.4. Comparación de la evolución de los tests psicológicos en los diferentes grupos de intervención.

Tabla 18
Evolución de los test psicológicos entre-grupos

	Diferencia de evolución entre grupos
Termómetro Distrés	
Ansiedad	0.7917
Depresión	0.6623
HADS	
Ansiedad	0.0012
Depresión	0.0093
EORTC QLQ C-30	
Calidad de vida Global	0.0070
Func. Físico	0.1551
Func. Rol	0.0259
Func. Emocional	0.1101
Func. Cognitivo	0.0122
Func. Social	0.8584
Fatiga	0.0956
Náuseas, vómitos	0.0648
Dolor	0.0513
Disnea	0.9931
Problemas de sueño	0.9631
Pérdida de apetito	0.0056
Estreñimiento	0.2592
Diarrea	0.7845
Problema económico	0.1998

6.5. Resultados cualitativos

Se muestra a continuación una tabla con los temas y categorías surgidos a partir del análisis cualitativo.

Tabla 19
Temas y categorías surgidos en el análisis cualitativo

	BLOQUE	TEMA	CATEGORÍA	
EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD	A: Relación con la enfermedad	1. Experiencias de la enfermedad	Actitud Mecanismos de afrontamiento	
		2. Crecimiento personal + Espiritualidad /Creencias	Crecimiento personal Espiritualidad /Creencias	
		3. Emoción + Estado ánimo	Emoción Estado de ánimo	
		4. Apoyos + Referencias personales	Apoyos Referencias personales	
		5. Percepción del Tiempo	Tiempo	
	B: Experiencias con el tratamiento	6. Quimioterapia	Quejas somáticas Corporalidad e imagen	
		7. Proceso de tratamiento	Proceso terapéutico	
	EXPERIENCIA DE MUSICOTERAPIA	C: Musicoterapia	8. Intervención con Musicoterapia	Celebraciones de vida
				Celebrar cierre
				Compartir experiencia musical
Concentración / Focalización				
Disfrutar				
Distracción				
Empoderamiento / Capacidad				
Espiritualidad				
Evocación recuerdos personales				
Historia musical				
Música (concepto, instrumento, técnica)				
Mejoría				
Percepción de ayuda				
Reconocimiento intervención				
Recurso				
Reducción ansiedad y depresión				
Relajación				
Sentidos (oído, tacto, visual...)				
Vínculo con la vida				

Este esquema se completa con la subdivisión de cada categoría en códigos, que se desarrolla en la página siguiente.

El análisis que prosigue a continuación detalla cada una de estas categorías y códigos, ejemplificándolas con fragmentos textuales de las respuestas proporcionadas por las pacientes.

1ª PARTE: EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD

Bloque A: RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD

TEMA 1. Experiencia de la enfermedad

1.1. Actitud

Aceptación	Evitación
Actitud	Negación / optimismo
Agradecimientos	Toma de conciencia

1.2. Mecanismos de afrontamiento

Búsqueda de ayuda profesional	Llorar
Caminar	Mecanismos afront. activo
Cuidarse	Naturaleza
Dependiente (pasivo)	Risa
Lucha	

TEMA 2. Crecimiento personal + Espiritualidad / creencias

2.1. Crecimiento personal

Aprendizaje
Crecimiento post-traumático

2.2. Espiritualidad / Creencias

Desafío a la inmortalidad
Espiritualidad / creencias
Resignación
Universalidad

TEMA 3. Emoción + Estado de ánimo

3.1. Emoción

Aburrimiento	Miedo
Culpa	No contesta
Deseo	Rabia
Desesperanza	Rechazo
Engaño	Sorpresa
Esperanza	Tristeza
Impotencia	
Incertidumbre	
Incertidumbre menor por información	

3.2. Estado de ánimo

Alerta	Bloqueo emocional
Ambivalencia emocional	Confianza
Ánimo	Depresión
Ansiedad	Desconfianza
Anticipación	Peor
Anticipación negativa	Tensión
Bienestar	Tranquilidad

TEMA 4. Apoyos + Referencias personales**4.1. Apoyos**

Apoyo equipo
Apoyo familiar
Apoyo pacientes

Apoyo social
No apoyo, no compartir experiencia

4.2. Referencias personales

Identidad
Biografía

TEMA 5. Percepción del tiempo**5.1. Tiempo**

En hospital de día (largo/ corto)
Conjunto de ciclos
General, enfermedad
Distracción
Aceptación

Queja
Igual
Mejor
Futuro

Bloque A: RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD

TEMA 1. EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD

Las personas viven el cáncer de muy diversas maneras. Sus testimonios reflejan posturas a veces contrastadas en cuanto a actitud, el significado de la enfermedad en relación con su vida, emociones y estados de ánimo, la percepción (o no) de apoyo y compartir experiencia con otras personas, y el paso del tiempo en la unidad o a nivel más amplio (enfermedad o etapa de vida).

La vivencia de la enfermedad influirá directamente en la percepción que la persona tenga sobre su calidad de vida, donde todos estos ámbitos, junto a los más fisiológicos, confluyen.

1.1. Actitud

Conocido el diagnóstico, la persona pasa por distintos grados y posicionamientos en su actitud frente la enfermedad y las personas que le rodean. La actitud puede ir variando a lo largo del proceso.

Aceptación

El concepto de aceptación aparece sobretodo en la primera quimioterapia, cuando la persona se encuentra en el hospital de día. Ésta exterioriza en voz alta pensamientos, emociones, etc., que le han ido apareciendo desde el diagnóstico hasta ese momento.

Observamos un proceso gradual:

“Creo haber aceptado bien la enfermedad” (GC, P73, pre 2q)

“Voy asimilando poco a poco lo que hay” (GC, P19, post q1)

En relación al tiempo y espacio:

“Me encuentro integrada en este lugar” (GC, P30, post q1)

“Una vez estás aquí esto es lo que hay, no hay más” (GE, P10, pre q2)

La enfermedad o el tratamiento:

“No lo considero una pena, es una enfermedad que hay que asumirla. No tengo porqué guardar que tengo una enfermedad” (GE, P3, post q3)

“Ha pasado la parte negativa esa de la incertidumbre, ya estás en el tratamiento y para adelante! Es la realidad” (GE, P23, pre q3)

O los síntomas:

“Entonces es como si los síntomas los fuera atendiendo y me estuviera preparando para lo que pudiera pasar” (GE, P26, pre q2)

La aceptación es más común en el grupo experimental que en el control (12 veces frente a 8).

Actitud

Las personas muestran una actitud positiva, con disposición para salir adelante. En el grupo experimental además, la persona acepta el reto de la experiencia musical (nueve veces).

“Hay muchos ánimos y para ir para arriba, animada” (GE, P52, pre q2)

“Lo que sea, lo que haga falta” (GE, P16, post q1)

“Vengo dispuesta” (GE, P36, post q1)

Agradecimientos

La paciente se siente agradecida hacia el equipo sanitario que le atiende o al de musicoterapia. Agradecimientos por preocuparse por ellas, la labor que hacen, facilitarle conocer otras pacientes, rebajar estrés, etc.:

“Encima agradeciendo me lo han cogido muy a tiempo” (GE, P27, pre q1)

“Muchas gracias” (GE, P3, P5, post q1)

“Os lo agradezco muchísimo” (GE, P16, post q2)

“Y gracias a vosotras he conocido a mi compi, Cristina” (GE, P4, post q3)

“Estoy en ausencia total, de ausencia total de estrés y fenomenal y así que en parte gracias a vosotras también” (GE, P19, post q3)

“Ahora me siento super serena, muy emocionada, porque estoy yo creo que más llena que nunca, de agradecimiento...” (GE, P26, post q3)

Los agradecimientos se suceden a lo largo del proceso quimioterápico, aumentando a medida que este transcurre, y también de manera más numerosa en el grupo experimental (19 menciones frente a 4 del grupo control).

Evitación

Se trata de parar la mente, focalizarla en otra actividad o pensamiento, evitando la confrontación a la situación y no dando opciones a otros pensamientos:

“Ya sé que esto ya se está pasando. Ahora no estoy pensando en nada de esto” (GC, P75, post q2)

“Tengo que focalizar en algo positivo, que la mente se pare” (GE, P50, post q1)

“Nerviosa, no dejas de pensar en muchas cosas, has visto muchas películas, pero intento quedarme con las que tienen mensaje positivo” (GE, P49, pre q1)

“No tengo una tristeza, no he dado opción a que pueda ir mal, no está en mi cabeza” (GE, P9, post q1)

Negación / optimismo

La persona verbaliza que el tratamiento no le afecta de ninguna manera en su vida diaria, ni físicamente ni psicológica:

“Tienes una vida normal, corriente. No tengo problemas” (GC, P42, pre q3)

“Estoy llevando el tratamiento con bastante tranquilidad y eso hace que no me afecte psicológicamente prácticamente nada” (GC, P65, post q2)

Con un carácter marcadamente optimista, se visualiza ella misma en una situación de perfecta normalidad, a veces casi idílica, con menor grado de toma de conciencia o aceptación:

“Parece que estoy en el salón de mi casa” (GC, P80, post q2)

“Me han quitado eso y yo estoy igual que estaba en la playa hace un mes” (GE, P27, pre q1)

En esta ocasión, observamos un ligero aumento de este optimismo negador en el grupo experimental (13 casos) por encima del control (9 casos).

Toma de conciencia

Complementando la actitud anterior (negación por exceso de optimismo), el grupo experimental expresa y comparte situaciones en las que ha tomado conciencia de su situación de enfermedad. Son momentos asociados al tratamiento (por venir o ya en el hospital):

“Pues como el día que vine a coger cita con el oncólogo, pues ves la situación y dices “madre mía, si estoy yo como todo el mundo!” (GE, P27, pre q1)

“Es una de las maneras que sirve para que la mente no piense en casa porque estoy de baja... la única manera que te distraes, te olvidas de todo y de golpe dices: ay, que tengo que ir a hacer una sesión” (GE, P16, pre q2)

Los casos recogidos de toma de conciencia solo se han dado en el experimental.

1.2. Mecanismos de afrontamiento

En esta categoría acogemos las maneras cómo las pacientes intentan mantener su equilibrio interno a lo largo del proceso. Puede ser exteriorizando sentimientos más o menos liberadores de tensión (risa, llanto) de manera puntual o más prolongada, la búsqueda de ayuda externa, estar en tratamientos (de psiquiatría, psicología) y el hallazgo de recursos internos de autocuidado o salida hacia fuera (conexión con otras personas, el aquí y ahora) forman parte de los mecanismos de afrontamiento.

Por otra parte, hay personas que perciben el cáncer como una amenaza a la que se tiene que luchar o esperan de manera pasiva que la vida les traiga la solución a sus problemas, a sus dudas casi de tipo existencial.

Algunas de estas categorías (caminar, cuidarse, naturaleza, risa) solo se manifiestan en el grupo experimental.

A veces la **palabra “cáncer”** es difícil de pronunciar, puede formar parte de un mecanismo de evitación o aceptación. Hay quien lo reconoce:

“Cuesta incluso decir la palabra cáncer” (GC, P64, pre q2)

y quien huye de la palabra y busca sustitutos con pronombres:

“Me han quitado eso” (GE, P27, pre q1)

“Jo, es que esto...” (GE, P28, pre q2)

Aunque no es habitual, sino más bien esporádico, la situación puede ser vivida como una **lucha**:

“La enfermedad es un accidente que está ahí y que ha chocado conmigo y que tengo que hacer frente a él” (GE, P26, post q1)

“Hay que seguir luchando y avanzando hasta el final” (GE, P51, post q2)

En el proceso de adaptación, sobretodo en la primera quimioterapia, es habitual que la persona movilice recursos de **afrentamiento activo** ante la inminente caída del pelo:

“Me he preparado cortando el pelo a rape” (GE, P5, pre q1)

“Cuando salga de aquí me voy a ir al Corte Inglés a comprar unas cosas, así que fíjate cómo me siento” (GE, P24, pre q1)

También ejerce el mecanismo de control, escogiendo si en ese momento determinado la presencia de la música puede serle beneficiosa o no. Solo encontramos un caso en que la persona declinó la intervención. Fue por motivos muy concretos (ese día le habían comunicado que una persona muy cercana a ella había fallecido de cáncer). En ese caso, su mecanismo de afrontamiento activo fue el silencio:

“No me apetece oír música, quiero silencio” (GE, P20, pre q3)

Las diferentes situaciones en que se encuentra la persona pueden comportar la exteriorización de sentimientos diversos, como **llorar**. El llanto facilita liberar tensión de manera puntual, que denota una fase de tristeza adaptativa a la situación:

“Tranquila a ratos, con ganas de llorar” (GC, P63, pre q1)

Puede activarse ante situaciones estresoras, como volver al hospital de día:

“Esta mañana he venido muy nerviosa, con mucha ansiedad, y después de llorar y estas cosas estoy más tranquila” (GE, P48, pre q1)

O formar parte de una conexión más profunda con los sentimientos, a partir de la sesión de musicoterapia:

“Estamos vivos, pero yo no me lo esperaba que me hicierais llorar así hoy, eh?” (GE, P11, post q3)

La exteriorización del llanto es mucho más habitual en el grupo experimental (6 veces, frente a 2 en el grupo control). También pasa con la **risa**, pero en este caso es exclusivo del grupo experimental (13 veces). La risa como mecanismo de afrontamiento se recoge cuando la persona lo comenta directamente:

“Entré en el gremio de la quimiorisa y quimiomúsica (ríe)” (GE, P51, post q1)

“Nos hemos hecho unas risas y me lo he pasado muy bien, la verdad” (GE, P40, post q2)

“A mi amigo también le gustó, que se quedó riendo un buen rato” (GE, P51, post q3)

O se da una situación o comentario divertido, que provoca esta manifestación sonora:

“Con musiquita, ¿qué mejor se puede pedir, no? (ríe)... una cervecita por vena? (ríe)” (GE, P44, post q1)

Una actitud de tirar hacia delante, no detenerse y seguir en la vida, de manera individual o con las amigas, nos lleva a pasear, **caminar**:

“Estoy andando, quiero salir, no quiero estar en casa, quiero salir” (GE, P52, pre q3)

“He conseguido echarme a la calle. Lo que hago es que voy todos los días a la calle con las amigas y bien, estoy contenta” (GE, P40, pre q2)

A menudo este paseo se produce en la **naturaleza**. Las personas del grupo experimental mencionan desplazamientos a lugares familiares, o incluso nuevos, que les producen bienestar. Conectan con la tierra, la energía, la vida... están más sensibles a sus sentidos. Los recuerdos se reavivan y comparten en la sala:

“He estado cuatro días en una casita en el Tajo y he estado muy bien, dando paseos por el campo, encantada de la vida” (GE, P9, pre q3)

“El otro día me bajaba a la playa y lo decía: “ha sido hasta un privilegio la temperatura, el tiempo, el poder bajar todos los días. El levante empieza justo cuando yo subo de la playa, ha sido una cosa verdaderamente increíble” (GE, P26, pre q2)

Como veremos más adelante, estos recuerdos se reactivan con la música y las improvisaciones sonoras que se realizan.

La debilidad corporal, la sensación de fragilidad o vulnerabilidad... hace que las personas (del grupo experimental) expresen la necesidad de **cuidarse**, a nivel más físico:

“Pero si yo como mucha fruta, como seis o siete frutas al día. Y como mucha verdura, me cuido” (GE, P29, pre q3)

O emocional:

“Aprendiendo a quererte, valorarte más” (GE, P40, post q1)

“Es la primera vez que he tenido la sensación de que yo me escuchaba a mí, me dedicaba un tiempo de escucha” (GE, P26, pre q2)

“Es la primera vez en 52 años que me pasa esto, lo de pensar que estoy centrada en mi, en lo que me estaba pasando. Iba por la calle que siempre voy mirando escaparates. Iba totalmente envuelta en mí” (GE, P26, pre q2)

Ya sea por ellas mismas o porqué tiene responsabilidades familiares:

“Tengo que tirar para adelante, por ellos, por mi niño, por mi...” (GE, P35, pre q1)

El rol cuidador a veces se extiende más allá de una misma. La paciente **cuida al cuidador**, infunda ánimos al resto de la familia, que presenta más o menos dificultades de sobrellevar la situación.

“Tienes que estar alegre, no entristecer a la familia, tienes que tener las preocupaciones en la cabeza. Ellos no lo ven mal. Yo les animo a ellos.” (GC, P63, post q2)

Incluso ante determinadas situaciones o reacciones a la sesión de musicoterapia, el cuidador expresa este rol hacia la musicoterapeuta:

“Muy bien, no te preocupes, que yo anímicamente estoy muy bien” (GE, P12, post q3)

Cuando la persona se siente más perdida, le resulta difícil (al menos al inicio) conectar con algo más profundo, se muestra más **dependiente**:

“Todavía estoy pendiente de las respuestas, de las indicaciones de la vida, por donde seguir” (GE, P19, post q2)

Puede **buscar la ayuda de un profesional** del mundo de la psiquiatría o psicología:

“Tengo medicación y siento que me está ayudando” (GC, P87, pre q2)

“Mi marido ya ha dicho que no viene... y parece que ahora va un poquito mejor, parece. De todas maneras tiene hora con el psicólogo, para que venga a hablar con ellas. Se va a agilizar para el día 28. Va a ayudar a todos, como digo yo” (GE, P24, pre q2)

Este recurso (buscar la ayuda de un profesional) aparece mencionado solo una vez en el grupo experimental, frente a cinco en el grupo control.

TEMA 2. CRECIMIENTO PERSONAL + ESPIRITUALIDAD / CREENCIAS

A lo largo del proceso, las personas hacen referencia a creencias (espirituales y/o religiosas) que les ayudan a parar, reflexionar y preguntarse para aprender, encontrar un sentido y dotar de significado al sufrimiento que padecen y les permita trascenderlo.

2.1. Crecimiento personal

El crecimiento personal solo es expresado verbalmente en las pacientes del grupo experimental. El **aprendizaje** puede ser en varias direcciones, desde musicales a personales, asociándose la mayoría de las veces:

“Me encanta aprender” (GE, P1, post q1)

“Aprendiendo a quererte, valorarte más, el valor de la vida, como la canción que hemos dicho (Gracias a la vida)” (GE, P40, post q1)

Este aprendizaje va más allá, les permite crecer como personas en todas sus dimensiones. Gana en intensidad a medida que pasan las sesiones. El **crecimiento post-traumático** lo leemos en:

“El cuerpo me ha parado. Me ha dado la oportunidad de recapacitar y volver a empezar” (GE, P4, pre q1)

“Tengo como mucha ilusión de sacar de esta experiencia de mi vida, que desde el principio fue como la cara amable de la vida, pero para sacarle al máximo partido, ya no solamente de cara a mi, que yo creo que me va a ayudar mucho, sino de cara a poder apoyar a gente que pueda pasar por ello, por la experiencia” (GE, P26, post q2)

“Cambiar un poco la escala de valores con respecto a los demás, porque con respecto a la mía la tengo más o menos clara, pero respecto a los demás me urge que avancen por donde yo quiero, no por donde tengo que realmente avanzar. Creo que dentro de la emoción que tengo ahora, para mí se ha despertado como el valor de la paciencia, principalmente, y eso me ha serenado mucho. Ser paciente teniendo paciencia es muy importante porque hay muchos pacientes muy impacientes. Yo he sido de las que ni aún teniendo 40 de fiebre he dejado de ir a trabajar. Y me doy cuenta de que por una parte ni eres imprescindible en la vida, eres necesaria, pero en la necesidad hay que saber parar” (GE, P26, post q3)

2.2. Espiritualidad / creencias

Las necesidades espirituales aparecen sutilmente mencionadas ya sea a través de las **creencias** (religiosas o no):

“Soy católica, tengo fe” (GC, P67, pre q2)

“Y quizás a lo mejor he tenido fe donde tenía que agarrarme” (GE, P26, post q1)

Y les ayudan a posicionarse o buscar una explicación, ya sea en forma de:

Desafío a la inmortalidad:

“Nunca pensé que me tocaría” (GC, P63, pre q1)

Resignación:

“No me queda más remedio” (GE, P14, pre q1)

O acogiéndose a la idea de **universalidad:**

“Mi lema es que si todo el mundo sale, yo también” (GC, P73, pre q2)

TEMA 3. EMOCIÓN + ESTADO DE ÁNIMO

En un período de tiempo relativamente corto (apenas unos meses), como es el proceso quimioterápico, las personas pueden pasar por un gran abanico de emociones y estados de ánimo.

A veces se suceden en el tiempo, otras vienen de golpe y desbordan la persona... El círculo familiar aparece a menudo asociado a estas emociones y estados de ánimo, a veces influenciando en ellas y condicionándolas. La persona puede vivirlas y expresarlas libremente o no. La sala del hospital de día puede ser un lugar para ventilar dichas emociones que a menudo no encuentran espacio en el ambiente familiar.

3.1. Emoción

Aburrimiento:

El aburrimiento a lo largo del tratamiento quimioterápico es poco mencionado. Un aspecto asociado al aburrimiento (el paso del tiempo o el cansancio) lo será mucho más. Aún así, destacamos que en el grupo experimental el aburrimiento no se menciona nunca después de la intervención con musicoterapia, mientras que sí pasa en el grupo control.

"Aburrida" (GC, P29, post q1)

"No me he traído lectura" (GE, P23, pre q1)

Culpa

El sentimiento (o no) de culpa solo se da en el grupo control.

"Pido ayuda y perdón. Yo no tengo la culpa de lo que pasa y ellos tampoco" (GC, P64, post q1)

Deseo

Siempre es en relación al tratamiento y sobre todo, los efectos secundarios:

"A ver si todos salen así de igual y los firmo" (GC, P67, pre q2)

"Es mi segunda sesión y espero tenerla igual a la anterior" (GC, P82, pre q2)

Desesperanza

"Me han dado un pronóstico horroroso" (GE, P38, pre q1)

Engaño

La persona siente que ha llegado engañada al tratamiento. Culpabiliza al otro.

"Yo por mi parte no me lo hubiera hecho, y hasta se ha enfadado mi marido (porque ha insistido y he venido porque "os empeñáis"), les culpabilizaba. Es una tontería grande, la sensación que has caído o alguien te ha puesto una trampa. Porque esto parece un mal sueño" (GC, P63, post q1)

Esperanza

La esperanza está siempre puesta en la curación, la supervivencia. Se apoya en la confianza a un elemento externo (medicina, vacunas...).

“Pero también he sabido de gente que la ha recibido, “que de todo se sale”, siempre hay una puertecita a la esperanza y esa no se debe cerrar. Creo en la medicina y en mi buen estado” (GC, P86, pre q1)

“Tranquila, tengo la esperanza de que pueda soportar la quimio, que me haga efecto” (GC, P74, pre q2)

“Visto los resultados, voy a empezar el tratamiento y esto es algo a favor mío” (GE, P23, pre q1)

“Me ha dicho la doctora que lo mío tiene curación y que en la 5ª me va a poner la vacuna esta. Porque yo le dije que había una vacuna” (GE, P51, pre q1)

Impotencia

El tratamiento es aceptado casi por resignación, la persona quizá no siente una verdadera libertad a la hora de escoger el tratamiento. Presiones externas (familiares, sociales, etc.) pueden condicionarla.

“No me queda más remedio” (GE, P14, pre q1)

Incertidumbre

La inexperiencia de la persona ante el tratamiento se traduce en incertidumbre. Muy asociada al miedo y a la ansiedad, refleja desconocimiento por unos resultados, por unos efectos secundarios, por un proceso burocrático a veces desconocido e imprevisto...

“Con las dudas de cómo asimilaré el tratamiento y los resultados que dará” (GC, P8, pre q1)

“Intranquila por lo desconocido, no saber cuánta química te van a meter por el cuerpo y cómo te vas a sentir después” (GC, P19, pre q1)

“Tengo miedo a lo desconocido” (GC, P20, pre q1)

“No sé cómo voy a reaccionar mañana, qué hacer” (GE, P38, pre q1)

“Es la primera vez y no sé cómo va a ir” (GE, P43, pre q1)

“Pero bueno es una tontería, tiene que salir bien. Pudiendo salir bien o mal tiene que salir bien, no vamos a elegir la mala” (GE, P57, pre q1)

“Me han dicho que tenía que pedir hora para nuevas pruebas que no sabía y que me han hundido y me he echado a llorar. Es el miedo a lo desconocido” (GE, P23, pre q2)

Incertidumbre menor por información

Una vez la persona ha entrado en el mecanismo, el engranaje hospitalario, la incertidumbre se reduce. Más, cuando siente cercanía con el personal sanitario que le atiende y se siente con libertad para expresar las dudas que le puedan surgir. El resultado satisfactorio de pruebas y/o analíticas acaba de reducir la incertidumbre.

“Ya sé de lo qué va” (GC, P29, pre q2)

“Me dice el médico que las analíticas están estupendas y me encuentro estupenda” (GC, P67, pre q2)

“Lógicamente la doctora me ha levantado mucho el ánimo diciendo que estaba en los análisis y que me había disminuido un montón (tamaño) en la primera sesión” (GE, P26, pre q2)

“Animada, porque los análisis van saliendo bien” (GC, P57, pre q3)

“Sé algo más y he podido hablar con la enfermera” (GC, P9, pre q3)

“A lo largo de la conversación con las enfermeras me he tranquilizado bastante, son muy agradables y están muy pendientes” (GC, P18, pre q3)

“Me has explicado todo lo que me tenías que explicar y asumido lo que hay, que es... bueno, asumido, aceptado o en ello” (GE, P60, pre q1)

“Me han dado una noticia positiva y ahora estoy más animada” (GE, P47, pre q1)

Miedo

Expresado sobretodo en la primera quimioterapia, va desapareciendo a lo largo del tratamiento, en la medida que la persona gana confianza, recibe más información... Los miedos se focalizan básicamente en los efectos secundarios:

“Me asusta. No me encuentro fuerte para afrontar todo esto” (GC, P14, post q1)

“Se me va quitando el miedo que tengo a la reacción del medicamento” (GE, P19, pre q1)

“Tengo miedo al tratamiento” (GE, P46, pre q1)

“Yo creo que con miedo. O sea, con miedo. A cómo va acabar esto, si va a haber más, sabes, tengo una gammagrafía y aunque todas las pruebas y todos los marcadores y todo me dan negativo, por me sigue quedando el miedo de si hay algo más, de si hay algo más en los pulmones. Miedo. Ahora mismo, miedo.”

“Es cuestión de tiempo, de confianza o de quitar miedo, sobre todo la de quitar miedo. Será eso, quitar miedos. Estos son reales” (GE, P50, post q2)

No contesta

No responder verbalmente o dejar la respuesta en blanco en el momento después de la evaluación se da a menudo en el grupo control (26 ocasiones), mientras que ninguna en el experimental.

“No contesta” (Grupo Control)

Rabia

“¿A quién le agrada esto? No sé porqué me ha tocado a mí” (GC, P14, preq1)

“Pero yo lo he hecho con toda la idea del mundo para no tener que venir otro día a la cirujana plástica, porqué así con ello ya he acabado. Además, como está embarazada y ya no va a venir la semana que viene ella, ya cumplimos y no tengo que venir hasta dentro de seis meses” (GC, P76, pre q2)

“Y dices ¿para qué? ¡Si yo vine divinamente! ¿Y pasar por todo esto? Por si ha quedado algo... ¿Y si no había nada y estoy bien? Es lo que veo absurdo. Por si pasa. Lo veo todo un poco absurdo” (GC, P63, post q2)

“No es depresión, es enfado, es cabreo” (GE, P51, pre q1)

Rechazo

Al tratamiento en general y a la sala de tratamiento o de espera en particular (por condiciones ruidosas, de olores, de temperatura ambiental, poco espacio...). Propiciado a veces por reacciones del tratamiento, procedimientos dolorosos.

“Me he angustiado mucho por la medicación, porque me quiero ir, no quiero estar aquí” (GC, P22, post q3)

Sorpresa

Apuntada en dos direcciones bien diferentes: el cáncer y la música como elemento terapéutico.

“Pero me pilla de sorpresa, porqué el cáncer te pilla de sorpresa siempre” (GE, P42, pre q1)

“Me brindaron música de mi tierra, que es alegre. ¿Cómo voy a estar? Una sorpresa” (GE, P51, post q3)

Tristeza

Según tenga una presencia más o menos puntual y el momento en que aparezca, puede condicionar la adaptación a la enfermedad, favorecerla, o complicarla si se alarga en el tiempo. Situaciones imprevistas, fuera del control de la persona (como noticias sobre resultados, nuevas pruebas a realizar...) pueden hundir la paciente. Las condiciones internas de estas, su carácter o personalidad, acabarán de influir en ella.

“La verdad es que estoy muy triste, con ganas de acabar todo esto” (GE, P63, post q2)

“Me han dicho que tenía que pedir hora para nuevas pruebas que no sabía y que me han hundido y me he echado a llorar” (GE, P23, pre q2)

“Derrumbada. Había llegado bien, contenta, pero al entrar en la sala... (llora un poco). No, aquí no, en casa tengo un rincón, ya lo haré” (GE, P20 post q3) (en esta quimio le dan la noticia que un familiar o conocido suyo ha muerto de cáncer)

3.1. Estado de ánimo

Alerta

El nivel de alerta de la persona puede reducirse a lo largo de la sesión de musicoterapia. Se rebaja así el nivel de tensión (física, psicológica) que el evento estresor le produce y puede volver a un estado de reposo que le permita una mayor adaptación y bienestar.

“Otro día estaba más tensa, había más gente, estaba demasiado lleno. Hoy no estoy tan pendiente” (GE, P4, post q2)

Ambivalencia emocional

El contraste de emociones o sentimientos que coinciden en el tiempo. La persona las enumera una detrás de otra, aunque a veces no consigue identificarlas y lo ejemplifica con situaciones trasladadas a nivel físico, personal:

“Con más ansiedad que depresión, pero otras veces al contrario. Eso lo llevas a ratos” (GC, P14, pre q1)

“Tengo un estado de ánimo un poco rarillo, eso sí que es cierto, o bien por qué no he dormido o bien porqué...” (GE, P57, pre q1)

Ánimo

La persona comenta sentirse con buen ánimo, tener un buen estado de ánimo. Algunas veces viene motivado por el avance del tratamiento (quedan menos ciclos) o por el buen estado de salud que ha vivido la semana anterior (sin rastro de efectos secundarios) o incluso su carácter (identidad). La introducción de un elemento nuevo como es la musicoterapia, ayuda a romper rutinas hospitalarias e introduce posibilidades nuevas de mejorar el ánimo, reflejándose en palabras de disfrute (como veremos en el bloque C, dedicado a la musicoterapia).

A nivel cuantitativo, las referencias al estado de ánimo difieren mucho entre el grupo control y el experimental. Mientras que en el primero se refieren 10 casos (con mayoría en el momento antes), en el experimental se contabilizan 32, de los cuales 20 se relatan en el momento posterior a la sesión.

“Me siento bien, con buen ánimo” (GC, P65, pre q2)

“Muy animada y físicamente fenomenal” (GC, P88, pre q3)

“Estoy muy contenta” (GE, P20, post q2)

“Me siento reconfortada, ilusionada, con mucha ilusión” (GE, P26, post q2)

“Bien, contenta, alegre” (GE, P51, pre q3)

Ansiedad

La ansiedad, junto con la depresión, son los dos estados de ánimo que más han reportado las pacientes. Estos ítems constituían también variables dependientes evaluadas mediante metodología cuantitativa.

En el grupo control se menciona la ansiedad 41 veces. De estas, solo en cuatro ocasiones se especifica que no haya ansiedad.

En el experimental, aparece mencionada 49 veces. Pero en este caso se contabilizan más casos de ausencia de ansiedad (17 casos). La mayor reducción de ansiedad se verbaliza en el momento después de la intervención con musicoterapia.

Entre la variabilidad de respuestas, encontramos las equiparaciones con el nivel de depresión, posibles causas que disparan la ansiedad (proceso de tratamiento, tratamiento en sí, efectos secundarios...):

“Nerviosa y preocupada” (GC, P9, pre q1)

“Con más ansiedad que depresión” (GC, P76, pre q1)

“Toda la semana muy nerviosa, pero hasta hoy no me han confirmado el tratamiento, con quimioterapia” (GC, P34, pre q1)

“Un poco nerviosa, por como pueda ir” (GE, P49, pre q1)

“Me encuentro muy bien, no tengo nada de ansiedad ni depresión” (GE, P14, post q2)

Anticipación

El exceso de conocimiento, ya sea por la profesión de la paciente o por la búsqueda realizada desde el momento del diagnóstico y el hablar con otras personas que han pasado por lo mismo, pueden llevar a la paciente a adelantar situaciones que todavía no se han dado en el espacio-tiempo con el fin de prepararse.

“Fui a ver a Ángela (psiquiatra) y me dijo que anticipo los hechos. Fueron muchas cosillas, no todas van a ser igual. Al ser anestesista, inconscientemente sabes mucho” (GC, P64, pre q2)

“Por ahora tranquila, espero que esta quimio no sea más fuerte que la anterior y no me ponga mala” (GC, P74, post q2)

“Sé que vienen ahora unos días malos” (GC, P75, post q2)

“Sé lo que me espera” (GE, P53, pre q1)

Anticipación negativa

A veces la anticipación coge un tinte negativo, casi premonitorio. La situación la desborda y no sabe cómo afrontarse a ella. Aunque no es muy recurrente, se da un poco más en el grupo control.

“No tengo nada, no sé qué es eso de la ansiedad. Ay por Dios! ¿Ansiedad es cuando estás mal? ¿Qué no tienes nervios positivos? A ver si la próxima vez te puedo decir lo mismo, ojalá, porque parece que no puede ser, que en algún momento tiene que venir algo malo” (GC, P60, post q2)

“Lo veo todo muy negro, muy negativo” (GE, P68, pre q1)

Bienestar

El término más recurrente en este trabajo. Aparece mencionado 50 veces en el grupo control (28 de ellas en el momento antes y 22 en el después), mientras que en el grupo experimental aparece mencionado 94 veces, casi el doble. La distribución del bienestar aumenta a lo largo de la sesión (pasa de 35 en el momento antes a 59 después).

El bienestar puede ir asociado a lo físico (sentir el cuerpo bien), tranquilidad o estado de ánimo:

“Estoy tranquila. El primer día estaba feliz, ahora es serenidad, estoy calmada, en paz” (GC, P61, pre q2)

“En general me siento bien” (GC, P65, preq3)

“Ahora estoy de maravilla, muy bien” (GE, P50, pre q1)

“Me siento bien, la verdad” (GE, P61, pre q1)

“Luna está mejor que yo, las dos estamos bien”¹⁶ (GE, P54, post q1)

“Estoy bien, muy a gusto, relajada y bien, contenta” (GE, P11, post q2)

Solo una persona, en el grupo control, refiere no sentirse bien:

“No muy bien” (GC, P76, post q3)

Bloqueo emocional

“La cuestión es tirar para adelante, pero no sé” (GC, P76, pre q1)

“En blanco, me viene esta palabra” (GE, P1, pre q1)

Se expresa poco en ambos grupos, solo en la primera quimioterapia y siempre en el primer momento de la evaluación, nunca en el posterior.

Confianza

En el equipo médico y el tratamiento:

“Me encuentro relajada, el ambiente es agradable y creo que estoy en buenas manos” (GC, P63, post q3)

“Voy a iniciar un tratamiento que en mi caso está demostrado es efectivo, con plena confianza en el mismo y en el personal que me lo administra” (GE, P56, pre q2)

Y su contrario, la **desconfianza**:

“No tengo ninguna fe en este tratamiento” (GC, P14, post q1)

Mencionada solo dos veces y siempre en el grupo control, las mismas condiciones que para un ítem posterior (sentirse peor).

Depresión

La depresión es mencionada por el grupo control en nueve ocasiones, de las cuales cinco confirman su presencia y cuatro no (ausencia).

¹⁶ Mujer que recibe la quimioterapia estando embarazada. Hace referencia a su bebé.

En el grupo experimental se menciona muchas más veces (27), pero al revés que en el grupo control, la mayoría manifiesta ausencia de depresión (16, frente a 11 que la confirman).

En general, cuando la persona no siente depresión, tampoco siente ansiedad, suele compararse.

“Estoy con depresión, tengo tratamiento y siento que me están ayudando. Depresión” (GC, P87, post q2)

“No me siento deprimida” (GE, P9, pre q1)

“Yo hecho mi lagrimita de vez en cuando y me quedo estupidamente. Solo he soltado tres: el día que me cortaron el pelo, el día que me dijeron que tenía que venir y hoy, porque me dolía, era dolor” (GE, P20, pre q2)

“Como siempre, como todos los días que vengo aquí, me siento igual, lo que pasa es que te controlas más o menos, pues te adaptas más o menos a la situación, pero en el fondo te sientes igual, con la misma... sobretodo depresión, yo creo que es depresión. Si no me preguntan estoy igual, pero si me pregunta, ¿pues qué digo? Si la situación no va a cambiar, no importa para nada decirlo o no decirlo, la situación no va a cambiar” (GE, P38, pre q3)

La intervención la musicoterapia y su efecto en la reducción de la depresión será comentada en el bloque C (Musicoterapia).

Peor

“Cada vez que vienes aquí, te pones peor en vez de mejor” (GC, P22, post q2)

“Hoy ha ido peor la quimio” (GC, P79, post q3)

Tensión

La persona se siente incómoda, rara, nerviosa. Solo el primer día.

“Estoy muy tensa, empieza una cosa diferente” (GE, P4, pre q1)

Tranquilidad

La sensación de calma y tranquilidad puede venir de la confianza depositada en el equipo médico y el tratamiento, de la rutina hospitalaria (cada vez más conocida), unos resultados o analíticas positivas recibidas.

A veces se asocia la tranquilidad a un estado físico de bienestar, la relajación, sobretodo en el grupo experimental (véase Bloque C).

“Bien, tranquila, una vez que inicio el tratamiento y que me veo aquí sentada ya me tranquilizo” (GC; P75, pre q2)

“Me siento tranquila, como las veces anteriores” (GC, P81, pre q3)

“Bien, tranquila, calma total” (GC, P61, post q2)

“Más tranquila” (GE, P44, pre q1)

“Tranquila, aquí sentadita” (GE, P4, pre q3)

“Estoy relajada, con gente amable y agradable” (GE, P64, post q1)

“Estoy tranquila, como el título que le he puesto a la improvisación, “Tranquilidad” (GE, P65, post q1)

“Más tranquila incluso que cuando entré, que entré bien, pero más tranquila” (GE, P44, post q2)

TEMA 4. APOYOS + REFERENCIAS PERSONALES

Abordamos ahora la dimensión más social de la persona, aquella que le permite interactuar y establecer vínculos con los profesionales del sistema sanitario, el núcleo familiar, el grupo de amigos y sentir cercanos los compañeros de trabajo (incluso estando de baja).

Por otro lado recogemos el concepto que la persona tiene de ella misma, cómo se define (carácter, personalidad) y presenta a los otros, especialmente durante las sesiones de musicoterapia. Valoramos la capacidad de abrirse y contar experiencias personales, aportar datos autobiográficos.

4.1. Apoyos

Del equipo sanitario:

“Vivo con agrado y aumentando mi certeza de que estoy en buenas manos, a nivel profesional DUE y Dres.” (GC, P33, pre q1)

“También al ver la respuesta del personal. Estoy contenta de estar aquí, he acertado” (GE, P33, post q1)

“Estoy esperando a la de la nutrición, que quedó en llamarme y no me ha dicho nada, no ha venido. No sé si servirá para la investigación, porqué me mandó hacer una analítica para lo del régimen y del día 22 que están hechas” (GE, P73, post q2)

“Siento que tenemos todo lo que necesitamos, porque estamos atendidos con la familia, con los amigos, por el hospital, los médicos...” (GE, P36, pre q2)

“Me siento bien, compartiendo con personas tan agradables como ustedes, tratando de pasar y tratar las cosas de otra manera” (GE, P51, post q2)

Reciben apoyo familiar:

El núcleo más cercano y duradero:

“Estoy acompañada todos estos días y los que vienen” (GC, P84, pre q2)

“Y lo he vivido como una protección, como si me estuvieran protegiendo y tranquilizando al mismo tiempo, de que ellos están ahí” (GE, P26, post q1)

Que facilite confianza, buscar un espacio íntimo o cómodo para poder compartir y expresar a nivel verbal:

“Con otra prima hacemos lo que llamo psicoterapia de teléfono. Nos llamamos mucho” (GC, P64, post q1)

Y especialmente, se valora su presencia física en el contexto del hospital o en la misma sala de tratamiento. Esta presencia solo es mencionada en el grupo experimental. El rango parental que describen es amplio:

“Y mi suegra, también ha venido, porqué bueno, mi marido ya ha dicho que no viene... y parece que ahora va un poquito mejor, parece” (GE, P24, pre q2)

“Bien, arropada, y que todas andan pendientes y querían madrugar para venir conmigo. Y mi amigo también, el gordito ese es el que me acompaña siempre, pues que venga. Y ahora el sobrino, quería venir” (GE, P51, pre q2)

“La música también la estaba percibiendo para ella (hija), que la estaba escuchando. Me lo estaba permitiendo para mí, sinceramente, y como me estaba gustando y me estaba relajando. Y yo sé que ella está pendiente de mí. También le estaba gustando porqué veía que me estaba relajando. Es que entre nosotras el cordón umbilical no se ha cortado (ríen las dos)” (GE, P29, post q1)

Apoyo entre pacientes

Solo mencionado en el grupo experimental. Aparece asociado siempre a la intervención con musicoterapia. El vínculo se hace ya en la primera sesión y se mantiene a lo largo del proceso:

“Lo que pasa es que nos tenéis que juntar las dos (se refiere a la P13) porque el equipo la formamos las dos, ¿Cómo has dicho que te llamabas? A. Pues A. y L. Ya sabes que el próximo día tienes que preguntar por A. y por L.” (GE, P16, post q1)

“Le he dado la tabarra que no veas (refiere a la P27, con quien ha hecho musicoterapia conjuntamente)” (GE, P38, post q1)

“Además, estando con A. al lado que nos reímos y nos juntamos, se pasa la hora que ni te enteras, fenomenal, muy bien, gracias” (GE, P16, post q3)

Apoyo social

La muestra de apoyo y cariño que la persona recibe es expresada desde la gratitud. La red de apoyo abarca desde el círculo de amigos, los compañeros de trabajo a todo un pueblo. Y es mayoritariamente expresado en el grupo experimental:

“Estoy cierta de que no estoy sola para afrontar la enfermedad” (GC, P33, pre q1)

“He estado acompañada por una amiga anestesista que me da mucha tranquilidad” (GC, P64, post q3)

“Siento que tenemos todo lo que necesitamos, porque estamos atendidos con la familia, con los amigos, por el hospital, los médicos...” (GE, P36, pre q2)

“Aunque el trabajo cansa, los niños te chupan energía y te dan mucho. Y cuando llegué y me dijeron: “Catherine”... me ayuda, me abrazan, me dan besos, te dan mucho” (GE, P1, pre q3)

“En el pueblo he recibido sensación de cariño y he conocido a una vecina que también pasa por lo mismo” (GE, P3, pre q3)

A pesar de las muestras de apoyo, también encontramos dos casos en el grupo control en que la persona refiere **no poder compartir la experiencia**, se siente más aislada: una en casa y la otra en la sala:

“Igual o peor, porque no he podido hablar con nadie” (GC, P22, post q2)

4.2. Referencias personales

La manera cómo la persona se ve y da a conocer su carácter, su **identidad**, inicia este apartado. Destacan los aspectos positivos, aquellos que creen les puede ayudar a superar el cáncer, pero la persona también se reconoce y acepta en aspectos más frágiles, introvertidos.

Los efectos secundarios del cáncer pueden afectar directamente la persona, cuando una parte de su identidad está puesta en algún elemento que depende de la imagen externa, de cómo nos presentamos al mundo (una melena larga, un pelo bonito...).

La identificación con el mundo musical aparece también en el grupo experimental:

“Soy una persona positiva, acepto las cosas como vienen” (GC, P77, pre q1)

“Soy una persona positiva, en un sitio nuevo, una situación nueva” (GE, P16, pre q1)

“Soy super positiva, intento ver las cosas por el lado bueno dentro de lo que tengo” (GE, P27, pre q1)

“Cuando la gente me decía que era muy positiva me lo creía, pero ahora lo estoy experimentando y creo que vale la pena” (GE, P26, post q2)

“Antes de que se me cayera el pelo yo ya tenía mi peluca comprada hacía tiempo y me la puse inmediatamente. Pero como las mujeres somos tan presumidas, por lo menos yo lo soy, eso me afectó un poco” (GC, P67, pre q3)

“Tengo mis pensamientos más profundos, claro, no soy una irresponsable” (GC, P60, post q2)
“Me siento normal. Creo que tengo un carácter equilibrado, racional y una salud física básica y mental muy buena” (GC, P60, post q3)

“Siempre he sido muy vergonzosa” (GE, P10, post q3)
“Yo soy como la música, subo y bajo” (GE, P5, post q1)
“¿Sabes qué pasa? Yo que no soy muy cantarina, pero te atreves a estas cosas” (GE, P16, post q2)

Cuando la persona se siente con confianza, refiere elementos personales, familiares (cómo les afecta o no), de su vida cotidiana, recuerdos, celebraciones... en definitiva, de su **biografía**.

Nuevamente la expresión es mucho más abundante en el grupo experimental:

“El sábado hice una fiesta para mis hijos, de cumpleaños. Luego nos fuimos a bailar” (GC, P42, pre q3)
“Mis hijos prepararon una fiesta sorpresa en una casa rural, estuvimos varios días. También vino mi hija, que vive en Alemania” (GE, P32, post q1)

“Pero sigo mi vida normal. Ayer estuve con mi nieto de dos años y medio y lo llevé muy bien y dormí muy bien” (GC, P60, post q2)
“Afecta a mis hijos, uno se iba a casar y la boda se va a aplazar, porque no tenía ganas de boda si yo estoy así” (GC, P76, post q1)

“Estoy embarazada de 4 meses y me van a dar algunas quimios y después lo van a parar” (GE, P17, pre q1)
“He pensado en cuando hacía relajación en la preparación para el parto y nos enseñaban modos de relajarme y yo me quedaba dormida” (GE, P28, post q3)

“Es que tengo que tirar para adelante, por ellos, por mi niño” (GE, P28, pre q1)
“Intento no pensarlo, tengo un entretenimiento muy grande, la niña y no le doy más vueltas, con el día a día ya tenemos bastante” (GE, P46, pre q3)

“Quien iba a decir que podía tocar el arpa, el piano y hacer una canción. En la primera sesión para el marido y en la última para Héctor (hijo)” (GE, P3, post q3)

TEMA 5. PERCEPCIÓN DEL TIEMPO

El espacio de tiempo que transcurre entre el momento antes y después de la evaluación da pie a muchas vivencias y percepciones del mismo. De entrada, el sujeto percibe que se dilata o comprime, pero más allá de la interpretación física y emocional que da al tiempo cronológico transcurrido, se observan apreciaciones de tipo más cualitativo, existencial: reflexiones sobre su vida, un período de tiempo...

La percepción que el paso del tiempo es lento y el tratamiento **se hace largo** es casi el doble en las mujeres del grupo control (19 menciones frente a 10). Esta percepción propicia pensamientos en relación al tratamiento y su incertidumbre, ansiedad...:

"Quiero que pase la hora que me queda para irme" (GE, P79, post q1)

"Me falta una hora todavía, desde las 8h que estoy aquí, ya está bien" (GC, P63, post q2)

"Lo único que tengo es prisa por salir de aquí, no depresión. Es impaciente. Y acabo de entrar, como aquello que dice" (GC, P76, post q2)

"Me encuentro más nerviosa, porque ya me veo con todo esto puesto y estoy deseando terminar" (GC, P82, post q1)

"Como esto tardará dos horas más no sé cómo me encontraré luego, pero de momento bien. No puedo decir otra cosa" (GC, P67, post q2)

Por el contrario, personas del grupo experimental perciben un **paso del tiempo más rápido, corto**:

"Oye, qué rapidito que pasa hoy el tiempo, ¿no?" (P26, pre q2)

"Se me hace corto el tiempo que estoy aquí, con la música" (P3, post q2)

El tiempo permite a la persona reflexionar, ir más allá de la sesión que recibe en ese momento y plantearse el **conjunto de ciclos del tratamiento**. Se visualizan dentro del proceso, le buscan sentido. En el grupo de musicoterapia, además, se hace mención a la música como recurso para focalizar de nuevo el pensamiento en algo positivo:

"Contenta porque llevo una sesión más y me queda una menos" (GC, P70, post q2)

"Esto es para algo... luego me quedarán tres" (GC, P22, post q2)

"Tengo que imaginar que estoy tocando para que me dure hasta que me desenchufen, o hasta dentro de 4 días, que se me vaya" (GE, P46, post q1)

"Quizá dentro de dos o tres horas le vuelva otra vez sobre el tema, pero de momento ya sé que tengo que cantar: "queda una menos" (GE, P14, post q3)

Ampliando la visión a un tiempo más largo, **al tratamiento en general o su enfermedad**, las verbalizaciones fluctúan entre el agradecimiento por la detección a tiempo, a la interrupción de los proyectos vitales o la tristeza:

"Encima agradeciendo me lo han cogido muy a tiempo" (GE, P27, pre q1)

"Como si la vida se paralizara, tanto a nivel cotidiano, familiar, no cuentas con las vacaciones, son viajes para arriba y para abajo..." (GC, P76, post q1)

"Esto es muy largo. Y es mucho tiempo. Yo pensaba que me estoy mirando que es un año o año y medio nada más que con esto" (GC, P76, post q1)

"La verdad es que estoy muy triste, con ganas de acabar todo esto" (GC, P63, post q2)

Ahora volvemos a la sala, a la manera que las personas tienen de afrontar / **distraer** ese paso del tiempo. Buscan recursos, laborales, tecnológicos o, en el grupo experimental, descubriendo un aspecto de bienestar:

“He pagado la novatada, no sabía que esto duraba tanto tiempo. Tengo un libro electrónico y me encanta la música. Voy a venir con el IPOD, sinó se hace largo” (GC, P64, post q1)
“Además es que el rato este, se enchufa uno de una manera! Es tener tiempo para mí” (GE, P10, post q2)
“El tener un momento de esto mientras estás recibiendo la medicación es un momento tan agradable!” (GE, P26, post q2)
“Desconectas un poco de todo esto, del bullicio de todo, te vas a otro lado y te desconectas un poco de todo esto y no estás que me queda, qué hora es...” (GE, P49, post q2)
“Es lo que le decía a la doctora, quieras que no, es pasar el rato, si encima lo pasas agradablemente es mucho mejor, es más agradable” (GE, P12, post q3)

Esto nos lleva a la **aceptación** de este paso del tiempo (solo expresado en el grupo experimental):

“Es que estás así, un poco eso, hasta que te la ponen, luego ya dices vale, ya acabo y ya, estás bien” (GE, P17, pre q2)
“Es cuestión de tiempo y ya” (GE, P38, pre q3)

O a una menor aceptación, que entre otros aspectos lleva a enfocar el pensamiento en aspectos rutinarios previos del tratamiento y que molestan, expresando **queja**:

“Me he puesto muy nerviosa porque he sido la primera para la analítica y me han llamado muy tarde, y estaba desesperá, y estaba con un poco de ansiedad” (GC, P22, pre q3)
“Muy cansada de la espera. Entré en el tratamiento a las 14.30h y me pincharon la analítica a las 8.15h y no pasé consulta hasta las 12h” (GC, P65, pre q3)

Las personas del grupo control no observan diferencia entre el antes y el después. Se sienten **igual**. Se menciona 34 veces.

“Como al principio” (GC, P60, post q1)
“Más o menos igual que antes de empezar el tratamiento” (GC, P81, post q1)
“Sigo estando en el mismo nivel, intentaría bajar un poco más pero no lo consigo” (GC, P45, post q2)

Por el contrario, casi el mismo número de menciones (32) expresan sentirse **mejor** entre el antes y el después. Pertenecen al grupo experimental.

“Mucho mejor, mucho más tranquila” (GE, P40, post q2)
“Bien, estaba muy bien antes y ahora estoy mejor” (GE, P10, post q3)

Solo un caso en el grupo experimental manifiesta sentirse igual entre el antes y después, asociándolo a su nivel de ansiedad y depresión.

Puesto que muchos comentarios en relación a esta mejoría se deben a la música, han sido incluíos en el último bloque C, exclusivo para la musicoterapia y la percepción de ayuda.

Solo cuatro personas del grupo control refieren sentirse mejor después del tratamiento. Una de ellas, lo consigue porque ha estado escuchando música con sus auriculares.

Finalmente, las personas del grupo experimental, quizá desde esta mejoría, se permiten visualizar a lo largo del tiempo, en un **futuro** libre de enfermedad y en positivo:

“Tengo que seguir luchando en la vida para seguir haciendo lo que esté en mi libro en blanco todavía. Y que son muchas cosas” (GE, P26, post q1)

Bloque B: EXPERIENCIAS CON EL TRATAMIENTO

TEMA 6. Experiencias con la quimioterapia

6.1. Quejas somáticas

Dormir	Cansancio
Deterioro	Sensación física
Efectos secundarios	Dolor
Apetito	

6.2. Corporalidad e imagen

Aspecto físico (pelo)

TEMA 7. Experiencias con el proceso de tratamiento

7.1. Proceso terapéutico

Tratamiento
Complicaciones del tratamiento
Queja

TEMA 6. EXPERIENCIAS CON LA QUIMIOTERAPIA

6.1. Quejas somáticas

El **sueño**, la capacidad de **dormir**, se ve alterada por el tratamiento. El día previo/s al tratamiento las personas refieren más dificultades para dormir, que se traduce en cansancio. El hospital de día ofrece la posibilidad de recuperarse, pero las condiciones no siempre son las adecuadas:

“Hoy es el día del ciclo y no he dormido nada. Estoy durmiendo mal. Me despierto enseguida y no logro dormirme” (GE, P14, pre q2)

“Hoy venía cansada y aunque el sitio que me ha tocado es bastante tranquilo, no he podido dormir mucho. Hay la tele puesta” (GC, P87, post q3)

La música facilita la relajación, conectar y reconciliarse con esa necesidad de dormir, de la paciente o los que están a su alrededor:

“Muy bien, muy relajada... bueno, con ganas de dormir!” (GE, P18, post q1)

“Muy relajada, lo que pasa es que me daba apuro por vosotras, porque si me quedo dormida es como una falta que estáis aquí. Ha habido un momento ya en que me he transportado, cuando ya estás en el puntillo ese que ya parece que te vas a quedar frita, vamos. Me ha quedado un pelín, pero lo que ha pasado es que se han empezado a romper cositas y me ha despertado, sino me duermo. Mira, eh, cómo está (señala un vecino), se han quedado fritos. Y todavía tengo sueño” (GE,P23, post q3)

Una persona verbaliza sobre el **deterioro** al que se verá sometida:

“Sé que voy a sufrir un deterioro” (GE, P4, post q1)

Los **efectos secundarios** es uno de los temas que más preocupa a las pacientes. Al inicio del tratamiento, las personas refieren incertidumbre, preocupación y miedo:

“No me siento mal del todo, solo un poco de miedo al después de la quimio, por sus efectos secundarios” (GC, P82, pre q2)

“Bien, a pesar que me están poniendo el líquido rojo que me deja calva” (GE, P4, pre q2)

Poco a poco van nombrando síntomas, malestares asociados al tratamiento y el momento en que se dan:

“Cuando peor me encuentro es la semana siguiente de darme la sesión. Me produce cansancio y me cuesta comer” (GC, P69, post q2)

“El tratamiento ya está haciendo efecto. Se me ha quitado la ansiedad, la quemazón en el brazo. No duermo mucho, unas cuatro horas interrumpidas por el baño. Orino poco por el día y todo es por la noche, que tengo que correr. Tenemos que asumirlo y que sea para bien, que es lo que interesa” (GC, P87, pre q3)

“Estoy mareada, me estoy mareando por el brazo esto. Las otras veces no me ha pasado tan pronto. Voy a tener que llamar a mi hermano para que me venga a recoger. Las otras veces me he sentido mareada después, pero no durante. Es que esto va haciendo efecto, cada vez más mortal. Espero que se me pase” (GE, P50, post q3)

“Los efectos vienen enseguida. Los mareos y las náuseas se pueden parar con pastillas, pero la diarrea... como si se revoltase el estómago por la madrugada, cada media hora o menos” (GE, P52, pre q2)

Además de estos efectos secundarios, se mencionan también la bajada de defensas (neutrófilos), dolores o heriditas en la boca, llagas, ardores de esófago o estómago, el cambio en el sentido del gusto u olfato, hormigueo en los pies, etc.

Se han dado dos casos de reacción al tratamiento. En estos casos, aumenta la sensación de fragilidad y miedo:

“Estoy bastante asustada porque me ha dado reacción el tratamiento y tengo la cara entumecida; me asusta y me preocupa que me lo tengan que poner de todas formas” (GC, P79, post q1)

Pero en general, las personas saben que estos efectos son pasajeros, duran poco. El cuerpo vuelve a su “normalidad” en unos días.

El tratamiento afecta al **apetito**. Los comentarios registran un amplio abanico de posibilidades en ambos grupos, desde la falta de apetito a comer sin saciarse. La sensación de normalidad es poco frecuente, aunque también se da.

“A raíz de la operación he dejado de fumar y ahora tengo más hambre que el perro de un ciego” (GC, P73, pre q1)

“Estoy con más hambre” (GC, P67, post q2)

“Con ganas de terminar porque quiero volver a la normalidad y que desaparezca la angustia de estómago y poder comer a gusto” (GC, P62, pre q3)

“Bien, no tengo nada de nada, estoy comiendo normal” (GE, P51, pre q3)

Una persona del grupo experimental asocia su bienestar en el tratamiento a un elemento relacionado con la comida:

“¿qué mejor se puede pedir, no? Una cervecita por vena (ríe)” (GE, P44, post q1)

El cambio de percepción en algunos los **sentidos del gusto y el olfato**, especialmente, repercuten directamente en la disposición a la comida:

"El sabor a metal es horroroso, no hay quien conviva con él. Se alteran los sabores, no te saben las cosas bien, les coges antipatía, pero dentro de unos ocho días o así acaba cediendo, por eso se hace pasado todo las 24 horas, las 24 horas, las 24 horas... es horroroso!" (GC, P21, pre q3)

"Esta semana que me dan la quimio se te pone el estómago que yo digo que es como si fuera un embarazo psicológico, te molestan los olores..." (GE, P27, pre q2)

"Me vuelve a tocar al lado del WC, con lo sensible que estoy a los olores!" (GE, P20, pre q3)

El **cansancio** también hace mella en las pacientes, que lo acusan más a medida que avanza el tratamiento. Les afecta en su vida diaria, pero también hacen referencia a su presencia en el hospital de día, relacionándolo con el paso del tiempo:

"Físicamente cansada" (GE, P61, pre q3)

"Tengo cansancio. Cansancio de estar en la misma posición, tu día, cansancio de estar en la misma posición" (GE, P29, pre q1)

Las personas focalizan más su atención en el cuerpo, toman consciencia de él. Las referencias a aspectos corporales, **sensaciones físicas** son importantes, especialmente en el grupo experimental. No nos referimos a los efectos secundarios. A veces están asociados a la ansiedad del tratamiento, su estado de salud en general o aprendizajes realizados:

"Siento aquí una presión aquí (indica el pecho), creo que quizá son nervios" (GC, P22, pre q2)

"Y con un buen trancozo" (GC, P61, pre q3)

"Noto más calor en general" (GC, P62, post q1)

"Ah pues fijate: ahora al pasar por el sol noto como si tuviera espinas en la piel. O de repente, cuando empecé con el pelo, el cosquilleo este de la cabeza, era como querer conocer lo que estaba pasando el día a día en mí, esto pues era totalmente distinto. Pues iba sintiendo, pues mira, tengo cosquilleo en la cabeza, parece que tengo piojos. A las dos horas de este cosquilleo empezó la caída. Entonces fue como si los síntomas los fuera atendiendo y me estuviera preparando para lo que pudiera pasar" (GE, P26, pre q2)

En cuanto al **dolor**, apenas se menciona (cinco veces por grupo). La percepción de dolor varía y está asociado al aspecto físico y el tratamiento:

"Bien, sin dolor físico" (GC, P86, pre q1)

"Dolorida, ahora mismo me siento dolorida, pero es por la medicación" (GC, P42, post q1)

"Ahora estoy bien, estoy dolorida, inapetente porque estoy dolorida, se está pasando el efecto de la anestesia" (GE, P20, pre q2)

"Te juro que sinceramente en la vida me habían pinchado tan fuerte como hoy. Sentí un dolor tan fuerte" (GE, P51, pre q3)

6.2. Corporalidad e imagen

La imagen corporal que más afecta a las mujeres es la caída del pelo, por el cambio en el **aspecto físico** que les supone.

A veces hay referencias a operaciones de cirugía que han recibido como tratamiento previo a la quimioterapia, pero no se mencionan consecuencias a su concepto de

imagen o cómo les puede afectar a nivel de relaciones íntimas con su pareja, etc. La gran preocupación es el **pelo**.

Se ha mencionado ya cómo expresan su preocupación ante la entrada del tratamiento, por el efecto secundario (caída) que les supondrá. Ahora enfocamos en ese proceso de aceptación que las implica tanto a ellas, como la familia e incluso la musicoterapeuta:

“Ahora me toca arreglar lo del pelo que no me lo he lavado todavía para que no me cayera, por los niños” (GE, P62, post q2)

“Como tenía el pelito, he visto, bueno que yo lo llevaba el largo que tu, pero al venir aquí me lo corté, era melena larga. Al llevar 18-19 días de tratamiento casi cojo el peine, pero vamos, como si dijeras cuando a un perro le pasas el cepillo... una bola... que dije “madre mía!”. Y me entró así un día, pero luego me dije: “pero sí ya lo sabías, pues...”. Ese día me dio un poco de bajón, pero ya estoy bien. Es asimilarlo” (GE, P24, pre q2)

“¿Me has conocido con esta peluca?” (GC, P60, pre q2)

“Me dijo que no le gustaba con peluca, pero al cabo de un rato vino y me dijo que sí” (GC, P64, post q2)

TEMA 7. EXPERIENCIAS CON EL PROCESO DE TRATAMIENTO

Aunque el tratamiento esté estipulado y la persona lo conozca antes de iniciar la primera sesión, a lo largo de este van surgiendo pruebas, resultados, constataciones físicas (mala circulación, tener unas venas frágiles), etc., que dan a entender que estamos ante un proceso vivo, cambiante, que exige una readaptación constante.

7.1. Proceso terapéutico

Una condición física bastante inamovible como es la circulación sanguínea y el estado de las venas (que no permiten coger bien la vía de entrada del tratamiento) supone considerar y aceptar otro elemento terapéutico más, no previsto, que requiere anestesia local y convivirá en el cuerpo de la persona durante un tiempo: el *port-a-cath*. Es una gran fuente de estrés.

“Hoy es el día del ciclo y no he dormido nada” (GE, P14, pre q2)

“Me han recomendado el catéter porque tengo las venas muy sensibles” (GC, P22, post q1)

“Este último ciclo me ha preocupado un poco porque me pincharon mal y me ha creado mucho estrés eso, pero en realidad, lo que es el tratamiento, bien” (GE, P46, pre q3)

“El lunes ya tendré el port-a-cath” (GE, P13, pre q2)

“Ayer me pusieron un porta y hoy estoy más nerviosa” (GC, P68, pre q2)

“Esta mañana he estado un poco más nerviosa, más deprimida. Debe ser porque me han plantado el postcard ese o como se llame, que aunque sé que estará bien, pero como lo tengo en el cuello me impresiona mucho y porque tengo fobia a las agujas. Entonces me creo que me andan por aquí el cuello con agujas y me pongo nerviosísima y ya me dura la ñoñería todo el día” (GE, P13, pre q3)

Nuevas pruebas o la ampliación del número de ciclos a recibir pueden afectar de maneras muy diversas a la persona:

“Me han dicho que tenía que pedir hora para nuevas pruebas que no sabía y que me han hundido y me he echado a llorar. Es el miedo a lo desconocido” (GE, P23, pre q2)

“Es que además me he enterado que en lugar de 6 ciclos me tocan dar 8. Pero pienso que son 8 en vez de 6, prefiero que me sobre a que queden justos, intento buscar el lado positivo” (GE, P14, post q2)

A lo largo del proceso aparecen **complicaciones**. Recogemos la única reportada, en el grupo control:

“El 25 de noviembre que fui a hacerme un chequeo ginecológico, y el 14 ya me operaban y yo estaba más animada que los demás. Pero salió mal. Y dejé de fumar. A raíz de la operación he dejado de fumar y ahora tengo más hambre que el perro de un ciego. Y entonces empeoró. Se complicó la mama derecha debido a eso que dicen del tabaco. Se necrosó y el lunes me limpiaron” (GC, P73, pre q1)

También aparecen las **quejas**, ya sea en relación a algún tratamiento, el papel o rol que adopta la persona en su familia (se puede o no expresar, quejar), o la misma sala de quimioterapia:

“Siento inútil e innecesario pasar por esto. Habría que hacer pruebas de alergia antes. ¿Ahora qué?” (GC, P79, post q3)

“Estaba estupendamente, me operaron y estaba bien. Como no te puedes quejar...” (GC, P63, post q2)

“Hoy esto está a tope, dentro hace calor, frío en el pasillo...” (GE, P36, pre q3)

Excepto esta última queja, el resto se recogen en el grupo control.

2ª PARTE: EXPERIENCIA DE MUSICOTERAPIA

Bloque C: MUSICOTERAPIA

TEMA 8. Intervención con Musicoterapia

- Celebraciones de vida
- Celebrar el cierre
- Compartir experiencia
- Concentración / Focalización
- Disfrutar
- Distracción
- Empoderamiento/Capacidad
- Espiritualidad
- Evocación recuerdos personales
- Historia musical
- Música (concepto, instrumento, técnica)
- Mejoría
- Percepción de ayuda
- Reconocimiento de la intervención
- Recurso
- Reducción de la ansiedad y depresión
- Relajación
- Sentidos (oído, tacto, visual)
- Vínculo con la vida

TEMA 8. EXPERIENCIA CON LA MUSICOTERAPIA

En este tema se recogen aquellos temas relacionados directamente con la sesión, suscitados por las opiniones de las participantes del grupo experimental (solo). Son las aportaciones que sienten que les reporta la música.

Celebraciones de vida

Las personas del grupo experimental mencionan muchas celebraciones familiares a lo largo de las sesiones. Felicitamos a las personas que cumplen años allí mismo (pacientes o acompañantes), realizamos grabaciones con los mejores deseos para nietos, compañeros... A su vez, nos reportan fiestas y motivos de celebración, que les vinculan fuertemente a la familia y la vida:

“En mi casa están todos fenomenal, celebramos mi santo y mi cumple el mismo día, el día del Pilar. Y lo hice en el campo, el mismo día, fuimos 28, en una parcelita que tengo en Guadalix y genial. Todo el mundo diciéndome: “tienes ganas de cachondeo” y yo: “muchas!” (GE, P27, pre q2)

Celebrar el cierre

Decidir cerrar el cierre del tratamiento con música es algo que transmite alegría, facilita elaborar el duelo de ese tiempo-espacio. Se recurre a las músicas de la historia musical o el estilo musical preferido de la persona:

“Y el último día cantaremos una jota y todo, y la cantamos y la bailamos, por supuesto, o el Bolero de Ravel, aquí rápidamente” (GE, P16, post q1)

“Y muchas gracias, señorita Mireia, amiga. ¿Volvemos a vernos el 16? Es un viernes” (GE, P52, post q3)

Compartir la experiencia musical

La música se expande por la sala, no tiene límites. Esto provoca comentarios, risas, sugerencias, participación colectiva... ayuda a la cohesión social y a crear vínculos de empatía y apoyo ante la enfermedad.

“Al principio estaba muy perdida porque no había hecho y no me esperaba que esto fuera así, pero ahora en el último minutito hemos estado todas muy compenetradas las tres (incluye también a la P.35)” (GE, P36, post q1)

“Y además, a todas las gentes a quien les voy contando y demás se quedan entusiasmados” (GE, P26, post q2)

“Entonces, cuando vas contando que estoy intentando colaborar con el proyecto, que sabes que va una persona, que vas contando, que te pregunta... y luego te quedas con el sonido del arpa en ese caso” (GE, P26, post q2)

“Muy bien, cómo voy a estar, con la que hemos liado aquí, cantando al Nino Bravo, con las enfermeras y todo” (GE, P3, post q2)

“A mi amigo también le gustó, que se quedó riendo un buen rato” (GE, P51, post q3)

Concentración / Focalización

Valor añadido a la distracción. En este caso, focalizamos la mente en una actividad musical, placentera, enfocándola en aspectos más positivos y útiles para la aceptación de la enfermedad o el simple bienestar de la persona (aunque sea físico y momentáneo):

“Me concentro en la música y me relaja mucho” (GE, P23, post q1)

“Aunque me costaba meterme en la música, eh, porque esto no para (indica la mente, la cabeza). Pero sí, ha parado un poco” (GE, P50, post q2)

Disfrutar

Sensaciones de placer, disfrute, bienestar... a raíz de las sesiones. Se conecta con la historia musical, la capacidad de hacer (empoderamiento) o dejarse recibir música, el compartir la experiencia con otras pacientes...

“Me ha gustado. Me ha fascinado todo, cómo afinas, las pequeñas llaves...” (GE, P1, post q1)

“¡Me encanta la música!” (GE, P5, post q1)

“He disfrutado escuchando” (GE, P12, post q1)

“Me ha gustado mucho la música que hemos tocado y cantado, las dos cosas, y escuchado, mucho los minuets, me han gustado mucho y luego el Mediterráneo (Serrat) también. Me ha hecho ilusión que te acordaras” (GE, P11, post q2)

“Me gusta mucho hacer esto” (GE, P27, post q2)

“Nos hemos hecho unas risas y me lo he pasado muy bien, la verdad” (GE, P40, post q2)

“Además, estando con Ana al lado que nos reímos y nos juntamos, me pasa la hora que ni te enteras, fenomenal, muy bien, gracias” (GE, P16, post q3)

Distracción

Como manera de pasar el tiempo, distraer la mente y sus pensamientos. En el hospital de día, las personas refieren técnicas distractoras como pueden ser la lectura, el trabajo, su vida cotidiana y responsabilidades familiares... o participar en la sesión de musicoterapia.

“Ayer estuve trabajando, esta mañana también he trabajado un ratillo, me he traído unas cosas para hacer después...” (GE, P28, pre q1)

“Durante este rato no he trabajado” (GE, P12, post q1)

“Me he dado de alta voluntaria y llevo trabajando desde el día 20, porque tengo la oportunidad de darme de baja otra vez, en el trabajo cómodo y para mí me sirve para decir que si estoy bien físicamente, a trabajar, que es lo mejor. A normalizar la vida, así que en esas estoy, hasta que resista voy a estar de alta” (GE, P16, pre q2)

“Sé que empieza otra vez el cole, así que tengo un montón de cosas para hacer, no me puedo distraer en nada, no puedo pensar en nada de esto. Así que esto es cuando sales de aquí, te olvidas y ya está” (GE, P24, pre q3)

“A mí me que me gustan mucho las telenovelas, y aquí hay puesta la tele, has conseguido que lograra desconectar de la novela” (GE, P4, post q1)

“Parece que vienes pensando en que en un momento de la mañana vas a a aparecer, más que el que vengan aquí a ponerte el cóctel” (GE, P26, pre q2)

Empoderamiento / capacidad

La capacidad de poder hacer música y disfrutar con ello, descubrirse como un ser creativo aumenta la autoestima y mejora el estado de ánimo. Personas que nunca habían disfrutado con ella o consideraban no poder disfrutar a un nivel de tocar (por discapacidad física) descubren que pueden hacerlo, adaptándonos a su nivel.

“He tocado con estas manos... las vibraciones” (GE, P35, post q1)

“Incluso puedo tocar el arpa y la mano se me relaja y abre mucho más” (GE, P4, post q2)

“Me ha hecho mucha ilusión poder tocar en el arpa el Bolero de Ravel, además que me encanta” (GE, P13, post q2)

“Has conseguido que cante” (GE, P18, post q2)

“En la vida me hubiera imaginado que pudiera estar tocando y llevar el ritmo, cantar y bailar” (GE, P10, post q2)

Espiritualidad

Necesidades espirituales de la persona como trascender el sufrimiento, estar en paz, ofrecer esperanza, aparecen mencionadas por las personas del grupo experimental:

“La música te da perspectiva de cambio, esperanza” (GE; P5, post q1)

“La música me ha servido para animarme aún más y alegrar aún más el espíritu” (GE, P48, post q1)

Otras necesidades, como la conexión con el tiempo, encontrar un sentido a la vida (valorarla), etc., han sido desarrollada en códigos más específicos.

Evocación recuerdos personales

“Esta música me recuerda a Sanabria, no sé porqué, unas ganas de ir a ver mi castillo. Yo no sé si es que asocio el castillo y el río a la música así... es que es oírlo y ponerme allí” (GE, P10, post q3)

Historia musical

La identidad musical de la persona, aquellas canciones y músicas que forman parte de su biografía, le provocan emociones, les traen recuerdos, las unen con la familia... van apareciendo a lo largo de las sesiones. La música facilita la conexión con esta historia musical, que surge inesperadamente en la sesión o la persona pide de cara a una sesión futura, para su próximo ciclo.

La selección responde a distintos estilos musicales, en concreto:

- Música folklórica: romances, jotas, popular española
- Cantautores y grupos españoles (Serrat, Mecano, Nino Bravo...)
- Música clásica (Bach, Ravel...)
- Bandas sonoras de películas o espectáculos (dibujos animados, circo)
- Músicas del mundo: celta, latinoamericana o anglosajona (Ricky Martín, Mercedes Sosa, Violeta Parra)

"Y más si me van a traer a Ricky Martin (ríe)" (GE, P51, post q1)

"Para el próximo día una de Mecano o la de "Hoy no me puedo levantar" o "Me colé en tu fiesta", me da igual, me gustan todas, o una que te resulte a ti más fácil, si quieres. A mí me gustan todas, estas me gustan" (GE, P11, post q2)

"Otro día te voy a cantar "madrugaba el conde Lino, mañanita de san Juan", es una canción antigua, ¿a que es bonita?" (GE, P32, post q2)

"Para la próxima semana Alegría, ¿la conoces? La del Circo del Sol" (GE, P28, post q3)

Música (concepto)

En este apartado queremos dejar constancia del número de veces que la palabra música, como tal, es puesta en boca de las pacientes. Las distintas acepciones en que la música es percibida y sentida se describen a lo largo de todo este trabajo.

En dos ocasiones, en el grupo control, las personas mencionan que utilizarán música (se llevarán música) para evitar el aburrimiento y hacer pasar mejor el tiempo.

En cuanto al grupo experimental, la palabra música es mencionada por 24 personas.

Música (instrumento)

Recogemos aquellos instrumentos mencionados de los utilizados a lo largo de las sesiones. No siempre se refieren al hecho de ser tocados (apartado siguiente), sino a su mención o función. En una ocasión veremos que la persona hace metáfora de su estado anímico a través de un instrumento:

"Hoy estoy un poco más triste, no estoy feliz como unas maracas" (GE, P61, post q1)

Comenta un instrumento que ha aportado a la sesión (y posterior cesión al equipo de musicoterapia):

"¡He traído la rana!" (GE, P36, pre q3)

O refiere el instrumento por su forma, su timbre, solo o en combinación con otros...:

"Incluso veía la forma de las olas, quizá por la forma del arpa" (GE, P10, post q1)

"No es lo mismo escuchar el arpa en directo que escuchar un CD de música" (GE, P35, post q3)

"Hacéis una buena combinación, arpa y piano" (GE, P50, post q1)

“También ha sido mi primer contacto con el pandero, se parece a la pandereta” (GE, P9, post q2)

En general, los instrumentos reseñados se dividen en melódicos (arpa, piano) y de pequeña percusión (maracas, rana, pandero y pandereta). De todos ellos, el arpa es el más mencionado por las pacientes.

Música (técnica)

Referencia a las técnicas utilizadas en musicoterapia: cantar, escuchar música, tocar/improvisar con instrumentos, componer, y bailar (música y movimiento). Se mencionan todas.

“A punto para cantar” (GE, P11, pre q3)

“La experiencia del canto, estupenda, pierdes la vergüenza, con lo cual es estupendo” (GE, P40, post q2)

“Aquí estoy escuchando, aunque es difícil relajarse aquí, pero sí, más relajada” (GE, P29, post q3)

“El poder tocarlas... (cuerdas)” (GE, P1, post q1)

“¡Estoy tocando el arpa!” (GE, P19, post q3)

“Ya ves que lo hemos convertido en una canción, irónica pero positiva” (GE, P5, post q1)

“Al principio cuesta arrancar, en la melodía y en la letra, más si no estás dada a inventarlo, y luego va saliendo entre todos” (GE, P3, post q3)

“Vamos a tener que hacer otra canción, para mi sobrino, que si no se pondrá celoso” (GE, P51, post q3)

En cuanto a su distribución, las personas mencionan mayoritariamente las técnicas de canto (22 veces), seguidas del tocar/improvisar (13), escuchar (9), componer (9) y bailar (3 veces).

Mejoría

Ha sido mencionada anteriormente (en el apartado de percepción del paso del tiempo). La persona reconoce sentirse mejor en más de 30 ocasiones, en relación al inicio de la intervención con musicoterapia. Puesto que esta mejoría es asociada en muchas ocasiones a la intervención musicoterapéutica, hemos incluido aquí sus comentarios:

“Y no sé qué más decir, no me salen las palabras. Impensable” (GE, P3, post q2)

“Mejor, la música me ha relajado, sobre todo al tocar las cuerdas” (GE, P9, post q2)

“Estoy mejor que cuando he venido, por verte a ti, porque me das alegría, te lo digo de verdad” (GE, P32, post q3)

“Esta mañana no estaba tan bien, pero ahora sí, después del cante” (GE, P40, post q3)

Percepción de ayuda a través de la musicoterapia

Las personas reconocen explícitamente que las sesiones de musicoterapia les han sido útiles, beneficiosas.

“Me ha servido” (GE, P4, post q1)

“En principio, con que nos sirva a nosotras, ya” (GE, P36, post q1)

“La verdad es que la música ayuda mucho” (GE, P14, post q3)

“La música me ha servido para animarme aún más y alegrar aún más el espíritu” (GE, P16, post q1)

“Me he centrado tanto que me he olvidado que tengo puesto esto aquí, que es lo que me tenía hoy descentrada, pero me he centrado tanto que me ha venido muy bien” (GE, P13, post q3)

“Muchas gracias, necesitaba dormir. La música de hoy ha sido muy relajante, la que necesitaba, gracias” (GE, P36, post q3)

“Hemos hecho una canción (al hermano) pero además se lo contaré, serán más motivos para volver a dirigirme a él” (GE, P46, post q3)

Reconocimiento de la intervención

Las personas valoran de manera positiva la experiencia:

“Es un descubrimiento, está muy bien” (GE, P46, post q1)

“Además es que es muy bueno” (GE, P16, post q2)

“Sí, sí, sí, a mi me parece que es super importante” (GE, P26, post q2)

“Yo he hablado con un montón de gente que ha tenido que pasar por lo mismo, y esto es todo el recorrido por todo el tema hospital, pero sin tener en medio nada que rompa el ciclo en sí” (GE, P26, post q2)

“La verdad es que es una muy buena experiencia” (GE, P40, post q2)

“Esto a mi me da buen rollo y que sigas viniendo y el que ha venido antes –se refiere al jefe de oncología médica, Dr. Barón- te contrate todos los meses por qué haces una labor bastante buena, ya te lo he dicho muchas veces” (GE, P27, post q3)

Recurso

Las sesiones aportan a la persona un elemento de aprendizaje, que valora como recurso. Lo considera una herramienta que puede utilizar en algún momento o situación que lo requiera (poner atención en la respiración, evocar recuerdos positivos, focalizar la mente, canalizar tensión...).

“Está bien haberlo hecho hoy porque luego así, si una vez que lo necesitas, puedes echar mano de este recurso. Es un recurso más. Que si necesitamos muchos, pues es uno más a tirar de él en un momento dado” (GE, P36, post q2)

“Lo que me has dicho de los mantras, quizá sí me irá bien” (GE, P50, post q2)

Reducción de la ansiedad y la depresión

El beneficio de la musicoterapia en la reducción de ansiedad y depresión se plasma en algunas citas. Aunque es más frecuente mencionar los beneficios que le ha reportado (bienestar, relajación –contrapuestos a la ansiedad, o ánimo y alegría –contrapuestos a la depresión), continúan apareciendo:

“En el aspecto de ansiedad, de 0 a 10, ahora mismo ya no tengo ansiedad, estoy relajada” (GE, P14, post q2)

“Mucho más animada, no tengo depresión, me encuentro relajada” (GE, P14, post q3)

“Y depresión..., con semejante música, pues la verdad es que ayuda mucho, no estoy decaída, no me siento decaída” (GE, P14, post q2)

Recordemos que la mayor reducción de estas variables se produce en el grupo experimental, en el momento después de la intervención.

Relajación

Un beneficio directo de la sesión de musicoterapia es la relajación. La diferencia entre el antes y el después es muy grande.

Mientras que en el grupo control solo 5 personas manifiestan estar relajadas (dos en el antes, y tres en el después), en el grupo experimental los datos pasan de 4 (en el antes) a 41 (en el después).

Muchas de estas respuestas son breves, concisas (muy relajada, más relajada...), pero algunas especifican la intervención terapéutica:

“Me ha relajado” (GE, P4, post q1)

“La musicoterapia al final lo que hace es que te relaja” (GE, P16, post q2)

“Muy relajada, entre el sol y la batería de tests, entre unos cosas y otras, y la musiquita como remate final de relajación, maravillosamente” (GE, P32, post q2)

Sentidos (oído, tacto y visual)

La música ayuda a agudizar los sentidos, a tomar conciencia de ellos. A pesar que el gusto y el olfato estaban asociados a los efectos secundarios, encontramos también expresiones metafóricas que equiparan la música a uno de estos sentidos y al crecimiento como persona:

“Porque además el arpa ya de por sí, el arpa es muy dulce” (GE, P26, post q2)

Encontramos más referencias a la música en aquellos sentidos (tacto, visual, auditivo) que están más directamente involucrados en las técnicas utilizadas (tocar, escuchar...):

“Sentir cerquita la vibración... es como cuando tengo mi gato encima” (GE, P9, post q1)

“Estoy como un guante, de suave” (GE, P35, post q2)

“Te lo notas en la cara, en el brillo de los ojos... se nota” (GE, P49, post q3)

“Y con el arpa, un montón, hemos hecho un baño de olas” (GE, P35, post q1)

“La música me recordaba eso, el agua, el mar, las olas, las gotitas de agua salpicando, un mar no muy revuelto, lo típico de cuando estás viendo el mar desde la playa y estás viendo un mar con nubes” (GE, P28, post q1)

“He tenido la primera semana, que tuve como un lapsus que dejé de hacer cosas como escuchar la radio, porque necesitaba escucharme yo a mí, porque me estaban pasando tantas cosas, que pasé una semana que decía que no puede ser que yo no esté escuchando la música...” (GE, P26, pre q2)

“El cuerpo me estaba diciendo que le escuchara a él, de lo que sentía, de los cambios, de sabores, sensaciones en el cuerpo, la piel, los brazos... era como si el cuerpo tuviera su propia música!” (GE, P26, pre q2)

Valorar la vida

“Aprendiendo a quererte, valorarte más, el valor de la vida... como la canción que hemos hecho, Gracias a la vida” (GE, P40, post q1)

6.6. Datos descriptivos de los aspectos musicales y objetivos terapéuticos desarrollados durante las sesiones de musicoterapia

Recogemos aquí los datos aportados por la musicoterapeuta al finalizar la intervención, extraídos de la ficha musical (véase Anexo 5). No se refiere a los mencionados por el paciente en la pregunta abierta (apartado anterior), sino los que resumirían musicalmente el transcurso de la sesión.

Los datos ofrecidos siguen el siguiente orden (lógico): estilos musicales desarrollados, con qué instrumentos, mediante qué técnica, para conseguir cuál objetivo.

Tabla 20

Estilos musicales surgidos en las sesiones

Estilos musicales	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3	Total por ciclos
Modal	11	12	4	27
Folklore	3	9	12	24
Celta	5	8	4	17
Clásica	3	4	5	12
Tonal, improvisación	3	3	4	10
Pop español	4	3	3	10
Pop extranjero	3	1	1	5
Cantautor español	2	5	1	8
Cantautor extranjero	2	2	3	7
Religiosa / espiritual	2	1	2	5
Blues	2	0	2	4
Rock	0	0	1	1
Total estilos	40	48	42	130

De los datos ofrecidos sobre el estilo de música utilizado a lo largo de las sesiones, destacamos dos aspectos.

El primero, referente a la música modal. Ésta, tocada mayoritariamente por el arpa, ha sido utilizada en 27 ocasiones. Representa un 19,2 % del total de estilos registrados (130). Su evolución a lo largo de los ciclos decrece, muy acorde al aspecto facilitador de relajación, que también decrece a lo largo de las sesiones (véase Tabla 23).

El segundo, versa sobre la música de tipo popular y del folklore (ya sea español o extranjero –por ejemplo, canciones latinoamericanas,... El uso de este tipo de repertorio aumenta considerablemente a lo largo de los ciclos (pasa del 12,5% en el primer ciclo, al 50% en el tercero).

Por lo demás, no hay datos remarcables en cuanto a la evolución de los estilos. Su cuantificación no aumenta a medida que pasan los ciclos, se mantiene prácticamente estable. Se trata, más bien, de un recuento de estilos aparecidos, reflejo de los gustos e historias musicales de las personas y la situación en que se encontraban en ese momento (recopilados en el apartado anterior, en el código *historia musical*).

Tabla 21

Instrumentos utilizados por paciente y musicoterapeuta a lo largo de las sesiones

Instrumentos	Ciclo 1 (uso)		Ciclo 2 (uso)		Ciclo 3 (uso)		TOTAL(uso y % total de PC,117)		TOTAL (uso y % total de MT,139)	
	PC.	MT.	PC.	MT.	PC.	MT.	PACIENTE		MUSICOTERAP.	
Sonajeros*	4	0	7	0	5	0	16	13,6%	0	0%
Arpa	4	30	6	32	4	30	14	11,9%	92	66,1%
Pandero / bongos	3	2	6	4	3	0	12	10,2%	6	4,3%
Kalimba	2	0	1	0	5	0	8	6,8%	0	0%
Palo de lluvia	1	0	1	1	3	0	5	4,2%	1	0,7%
Claves	2	0	1	0	0	0	3	2,5%	0	0%
Cuenco tibetano	0	0	1	0	0	0	1	0,8%	0	0%
Guitarra	0	4	0	6	0	12	0	0%	22	15,8%
Teclado	0	5	0	2	1	6	1	0,8%	13	9,3%
Xilófono	0	0	0	1	1	0	1	0,8%	1	0,7%
Total instrumentos	16	41	23	46	22	48	61	52,1%	135	97,1%
No uso de instrum.	23	2	17	0	16	2	56	47,9%	4	2,9%
TOTAL	39	43	40	46	38	50	117	100%	139	100%

* Sonajeros: caxixi, maracas, uñas...

El paciente se involucra cada vez más en la música; lo observamos a través de dos aspectos: por un lado, en el número de instrumentos que utiliza y por el otro, en las veces que opta por no usar ningún instrumento.

En cuanto al número de instrumentos usados, éste aumenta a lo largo de los ciclos (de 16 veces en el primer ciclo a 22 en el último). Esta relación es inversamente proporcional a la opción de no escoger instrumentos, que pasa de 23 (en el primer ciclo) a 16, en el último.

El otro aspecto a valorar es el tipo de instrumento. Siguiendo la clasificación entre instrumentos percusivos o melódicos ofrecida en un apartado anterior,¹⁷ observamos que el paciente usa los instrumentos de percusión en un 60%, mientras que recurre a los melódicos en un 40% de las ocasiones.

Por lo que se refiere al equipo de musicoterapia, éste recurre a los instrumentos melódicos (arpa, guitarra y teclado) en 127 ocasiones (de las 135 contabilizadas para MT). Representa un uso del 94%.

De los melódicos, el arpa es el más tocado (72,4% de los melódicos), y entre los de percusión, el pandero (38% del grupo de percusión).

La tabla confirma, pues, el uso del instrumento melódico como elemento facilitador y conductor de la sesión.

¹⁷ Instrumentos de percusión: sonajeros, pandero, palo de lluvia, claves.. Instrumentos melódicos: arpa, guitarra, teclado, kalimba, xilófono...

Tabla 22

Técnicas musicoterapéuticas utilizadas en las sesiones (sobre cada ciclo y el total)

Técnicas musicales	Ciclo 1 (uso y % ciclo)		Ciclo 2 (uso y % ciclo)		Ciclo 3 (uso y % ciclo)		TOTAL (uso y % total)	
	Uso	%	Uso	%	Uso	%	Uso	%
Cantar *	10	15,6%	17	24,6%	26	34,6%	53	25,4%
Audición en vivo	19	29,6%	12	17,3%	8	10,6%	39	18,7%
Improv. Instrument.	11	17,1%	10	14,4%	8	10,6%	29	13,9%
Composición *	3	4,6%	6	8,6%	14	18,6%	23	11%
Visualización	12	18,7%	10	14,4%	1	1,3%	23	11%
Tocar *	5	7,8%	7	10,1%	7	9,3%	19	9,1%
Improv. Vocal *	3	4,6%	5	7,2%	8	10,6%	16	7,6%
Análisis lírica *	1	1,5%	0	0%	2	2,6%	3	1,4%
Bailar	0	0%	1	1,4%	0	0%	1	0,4%
Audición grabada	0	0%	1	1,4%	0	0%	1	0,4%
Otras (dibujar) *	0	0%	0	0%	1	1,3%	1	0,4%
Total técnicas	64		69		75		208	100%

* Porcentajes que aumentan entre ciclo 1 y 3.

A través de la tabla podemos observar la evolución del uso de las técnicas musicales, en cada ciclo y en relación al total, en frecuencia de aparición y porcentaje.

La técnica más utilizada ha sido cantar. Se ha acudido a ella en 53 ocasiones (esto es un 25,4% sobre el total).

En general, las técnicas cuya evolución aumenta son: cantar, composición, tocar instrumentos, improvisación vocal, análisis lírica y pintar. Destacaríamos aquellas cuyo porcentaje se duplica (cantar -pasa del 15,6 al 34,6% e improvisación vocal -del 4,6 al 10,6%) o se cuadruplica (como es la composición, que va del 4,6 al 18,6%).

En cuanto a las técnicas cuya evolución se reduce son las siguientes: audición en vivo, improvisación instrumental y visualización, destacando especialmente la reducción de la audición en vivo y la visualización, alrededor de un 18% cada una.

Permanecen muy estables, por su poca utilización: bailar, la audición de música grabada y dibujar.

Tabla 23

Objetivos terapéuticos trabajados con musicoterapia: evolución y porcentaje (sobre cada ciclo y el total)

Objetivo terapéutico	Ciclo 1 (uso y % ciclo)		Ciclo 2 (uso y % ciclo)		Ciclo 3 (uso y % ciclo)		TOTAL (uso y % total)	
	Uso	%	Uso	%	Uso	%	Uso	%
Expresar emociones*	13	17,6%	19	21,1%	28	37,3%	60	24,3%
Relajar	23	31,1%	20	22,2%	11	13,2%	54	21,9%
Activar*	10	13,5%	18	20%	16	19,3%	44	17,8%
Distraer / focalizar	16	21,6%	11	12,2%	8	9,6%	35	14,1%
Socializar*	5	6,7%	11	12,2%	11	13,2%	27	10,9%
Integrar*	3	4%	9	10%	6	7,2%	18	7,3%
Catarsis	4	5,4%	2	2,2%	3	3,6%	9	3,6%
Total objetivos	74		90		83		247	100%

*Objetivos que aumentan entre ciclo 1 y 3.

A partir de la tabla podemos observar cómo algunos de los objetivos más trabajados a lo largo de las sesiones van en sentido contrario.

El objetivo más trabajado es la expresión emocional (registrada 60 veces, representa un 24,3% del total). Su evolución entre el ciclo 1 y el 3 se duplica (pasa del 17,6% al 37,3%).

En cambio, se reduce a más de la mitad el segundo objetivo, relajar (pasa del 31,1% en el primer ciclo al 13,2% en el tercero).

En general, tienden a aumentar, es decir, ser más trabajados a través de las sesiones de musicoterapia: expresar emociones, activar, socializar e integrar.

Y tienden a reducirse a lo largo de los ciclos: relajar, distraer/focalizar y catarsis.

El análisis y posible interpretación en la evolución de los objetivos en el uso y cambio de unos objetivos lo haremos en la discusión. Veremos si puede asociarse a aspectos musicales (como las técnicas, el uso de instrumentos, los tests psicológicos o el mismo modelo de abordaje musicoterapéutico utilizado).

En cuanto al resto de objetivos, tienden a subir a lo largo de los ciclos: activar, socializar e integrar (44, 27 y 18 veces, respectivamente), mientras que se reduce a la mitad la necesidad de distracción/focalización (16,11,8) y un poco menos la catarsis (4, 2 y 3 veces respectivamente).

7. DISCUSIÓN

7. DISCUSIÓN

- 7.1. Sobre participación
- 7.2. Sobre el diseño, procedimiento y características de la muestra
 - 7.2.1. Variables estudiadas e instrumentos de evaluación
 - 7.3.1. Ansiedad y depresión (HADS)
 - 7.2.2. Momento de pasar las herramientas
 - 7.2.3. Lugar de intervención
 - 7.2.4. Muestra
 - 7.2.5. Abordaje musical
- 7.3. Sobre las variables:
 - 7.3.1. Termómetro del estrés
 - 7.3.2. Ansiedad y depresión (HADS)
 - 7.3.3. Calidad de vida (EORTC QLQ C-30)
- 7.4. Sobre la musicoterapia
- 7.5. Limitaciones del estudio
- 7.6. Propuestas para futuras líneas de investigación

En unos momentos en que la mortalidad por cáncer se reduce y las previsiones a 2015 continúan en esta línea a pesar de aumentar su incidencia, todo elemento que ayude a reducir estas cifras es necesario.¹⁸ Los avances en oncología apuntan en dos direcciones: diagnóstico precoz y tratamiento.

El objetivo de este estudio ha sido el de evaluar la eficacia de la musicoterapia en un ámbito y un momento todavía muy poco estudiado, pero de gran repercusión física y emocional para el paciente: el hospital de día de oncología, durante el tratamiento de quimioterapia.

Para ello se han escogido unas variables, de carácter psicológico, que generalmente resultan afectadas por el desarrollo de esta enfermedad: ansiedad y depresión.

También se ha valorado un aspecto al que cada vez se le da más importancia en nuestra sociedad actual: no solo las condiciones sino también la percepción que la persona siente sobre su calidad de vida.

Y se ha intentado hacer a través de una herramienta o lenguaje nuevo: la musicoterapia.

La investigación muestra los resultados de esta intervención con musicoterapia, en comparación a un grupo control.

No es la primera vez que la musicoterapia entra en el mundo de la oncología. En este sentido, el número de publicaciones sobre el tema aumenta cada día (sirvan de ejemplo autores como Aldridge, 1993; Hanser, 2006; Standley, 1992a, 2010; Wan et al., 2009). También crece el número de comunicaciones que sobre musicoterapia y oncología se presentan en los congresos nacionales e internacionales dedicados a ello.¹⁹

¹⁸ Según datos elaborados por la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) y publicados en el informe "El cáncer en España.com". Recuperado el 15 de julio de 2010, de <http://www.seom.org>

¹⁹ Encuentros nacionales en Montserrat (2006), Zaragoza (2008), Cádiz (2010), Madrid (2012); congreso europeo en Cádiz (2010) o mundiales en Buenos Aires (2008) y Seúl (2012).

Quizá la novedad está en el marco específico donde se ha realizado esta investigación: el hospital de día, durante el tratamiento de quimioterapia, un espacio-tiempo de gran importancia y repercusión para el paciente. En este ámbito, la literatura científica que asocia musicoterapia y quimioterapia es más bien escasa.

En este sentido, el trabajo planteado en el HULP es pionero en el estado español, con todas sus ventajas e inconvenientes que esto pueda suponer a todos los niveles (de comprensión y aceptación, infraestructura, logística, etc.). Es también una apuesta por la creación de un puente entre disciplinas científicas como la medicina, la psicología y la musicoterapia.

7.1. Sobre participación

Conseguir la participación y la inclusión del mayor número de participantes no resultó fácil. Los criterios restrictivos a un tipo de población (mujeres con cáncer de mama) y un tipo de tratamiento (quimioterapia adyuvante) acotaban bastante el número de posibles casos.

El motivo de escoger este tipo de cáncer se debió, en gran parte, al número considerable de casos con que cuenta el cáncer de mama entre la población (uno de los más extendidos) y el homogeneizar el estudio a un tipo de cáncer que afecta mayoritariamente la población femenina.

La mayor dificultad fue completar el grupo experimental. Se tardaron dos años (abril 2008 a junio 2010). La disponibilidad reducida de la musicoterapeuta, colaboradora externa al hospital, dificultaba la inclusión y seguimiento del paciente.

El apoyo del equipo de enfermería agilizó la recogida de datos del grupo control, que se completó en casi un año (junio 2010-mayo 2011).

Los datos referentes a participación son los siguientes: se invitó a 96 personas, de las cuales 8 declinaron participar, 19 se perdieron y 69 completaron todo el estudio. De estos datos, queremos hacer hincapié en varios aspectos: la pérdida entre muestra invitada y la que conforma el estudio; el porcentaje de rechazo y sus razones; y el número y causa de pérdidas.

El primer dato a comentar es la poca *pérdida de muestra* entre las pacientes que cumplen los criterios y son invitados a participar en el estudio. De 96 personas invitadas a participar, solo 8 rechazan hacerlo. La aceptación a participar es, pues, muy alta (un 91,6%). Solo se excluyen estas ocho personas.

Este dato contrasta fuertemente con la tasa de pérdidas inicial de otros estudios.

De entrada, no todos facilitan este tipo de datos. La mayoría ofrecen solo los datos finales, tal y como queda establecida la muestra (Bozcuk et al. 2006; Bulfone et al., 2009; Cai et al., 2001; Ezzone et al., 1998; Ferrer, 2007; Harper, 2001; Sabo & Michael, 1996; Straw, 1991; Walker et al., 1999; Wan et al., 2009; Weber et al., 1997; Xie et al., 2001).

Pero con aquellos de los que sí tenemos datos (Gimeno, 2008; Hanser et al., 2006; Serra et al., 2011; Standley, 1992), podemos establecer comparaciones.

Hanser et al. (2006) escogen 448 posibles candidatos, de los cuales se invita a participar (mediante carta) a 179. De estos, no contactan con 44 personas y rechazan participar 65. Conforman la muestra definitiva 70, que se aleatorizan en dos grupos de 35 sujetos cada uno. Finalizan el estudio 20 personas en el GE y 22 en el GC. El porcentaje de personas que finalizan el estudio de las aleatorizadas es del 62%.

Gimeno (2008) menciona los participantes que aleatoriza (20) y finalizan (19). La tasa de participación sería, pues, muy alta (del 95%). Pero si profundizamos en su estudio, leemos que se entrevistaron inicialmente a 280 personas. En este caso, la tasa de pérdida sería mayor.

En el primer estudio, que realizó Standley (1992), de las 31 personas iniciales que escuchan música durante la quimioterapia y de las que se toman datos, solo 15 completan el estudio. Representan el 48,3%. Desconocemos si el número de invitados es igual o superior a 31.

Finalmente, Serra et al. (2011), en el estudio previo a este, con un solo grupo de intervención (experimental), invitaron a participar a 52 personas, de las cuales 47 fueron aleatorizadas. Completaron la investigación 33 (representan un 70,2% de las aleatorizadas y un 63,4% de las invitadas).

El segundo dato a analizar, es el *porcentaje de rechazo y sus razones*.

Las intervenciones de tipo psicológico, especialmente las que miden variables de estrés y, más concretamente, depresión, constatan un elevado porcentaje de pérdida (incluso a veces mayor que en intervenciones que se basan en tratamientos farmacológicos). La falta de tiempo, la distancia y la preferencia de evitar la discusión sobre aspectos emocionales, pueden estar entre las causas del abandono. En un estudio realizado por Rodin, Lloyd et al. (2007) se recogen tasas de abandono que van desde el 10% al 37% y se declina participar en un 53%.

En musicoterapia, puede ser que esta tendencia sea inferior.

En nuestro estudio, 8 personas rechazan participar (son un 8,3% de la muestra invitada). La mitad de ellas (cuatro personas) adujeron pocos conocimientos musicales o que la música no era un elemento importante en su vida como para sentir que pudieran sentirse beneficiadas por el posible tratamiento. El resto de personas no se encontraban con ánimos para participar en ninguna investigación añadida a su tratamiento.

Nuevamente si comparamos con los estudios musicoterapéuticos anteriores, observamos que nuestra tasa de rechazo es baja.

En Hanser et al. (2006), rechazan participar 65 personas (son el 14% del potencial inicial). Las razones: falta de tiempo o demasiado ocupadas (30), no interesadas (14), limitaciones físicas o de salud (10), estar en una fase final de tratamiento (3) y otras razones (8).

Gimeno (2008) no facilita el número de personas que rechazan participar (lo debemos deducir entre las 280 entrevistadas y las 20 aleatorizadas), pero sí menciona algunas razones de abandono, sin especificar numéricamente: dificultad en el idioma (inglés como segunda lengua); poco contacto o familiaridad con la audición musical; convicciones religiosas (confianza total en Dios); sentimiento de no necesitar apoyo;

incapacidad para tolerar elementos estresantes adicionales o estar sobrepasados por la quimioterapia; y participar en otro estudio, incompatible con el propuesto.

Destacar que es común en estos estudios el no interés por la propuesta ofrecida como causa de rechazo. Y en dos de ellos, el poco vínculo de la persona con la música en su vida (asociada a los estudios musicales o capacidad de percepción musical).

Que el rechazo, en estos casos, sea tan elevado, quizá hace plantear la forma en cómo se lleva la discriminación inicial y se da a conocer el proyecto de investigación.

Puede entroncar también, con los porcentajes de rechazo que algunos trabajos del mundo de la psico-oncología y psiquiatría refieren: entre el 20 – 25% (Strong y col., 2008, citados en Palao, 2009).

E incluso, puede plantearse la influencia que la cultura y el sistema sanitario del país ejercen en estos tipos de investigación. Los estudios mencionados (Gimeno, 2008, Hanser et al., 2006) se han realizado en EUA, mientras que el nuestro se ha llevado a cabo en un ámbito europeo, mediterráneo, donde el vínculo entre profesional sanitario y paciente se vive de manera diferente e influye en el grado de participación.

Cuando los estudios carecen de grupo control y toda la intervención se centra en una sola sesión (como en Ferrer, 2007), los porcentajes de participación son muy altos y el rechazo, nulo.

El tamaño de la muestra también puede conllevar algún sesgo. En general, en este ámbito, el tamaño de la muestra es bastante reducido. Las investigaciones evaluadas se mueven entorno los 19 y 260 participantes, situándose la mayoría alrededor de los 30-40 participantes. Pero en este punto quizá inciden aspectos del abordaje musicoterapéutico empleado y el número de sesiones, que trataremos más adelante.

Creemos que hay varios aspectos que contribuyeron a que en nuestro trabajo el nivel de participación sea alto y el rechazo fuera bajo.

Por un lado, el proceso de selección, muy claramente definido y controlado directamente desde el personal médico y sanitario. La coordinación entre ellos ha sido clave. Cada día se corroboraba, primero en enfermería y luego entre ambos equipos, las personas que debían pasar a recibir tratamiento, si era su primera quimioterapia y, por tanto, eran susceptibles de entrar en el estudio, informarlas e iniciar el proceso. La implicación y entusiasmo de estos profesionales han sido un factor decisivo.

El hecho que la intervención se hiciera durante el tratamiento de quimioterapia también ha sido clave no solo para conseguir una alta participación, sino para reducir el rechazo o el posterior abandono. Las personas no tenían que venir otro día. La investigación se hacía in situ, en un espacio-tiempo ideal para ellas.

Si comparamos este aspecto con los estudios anteriores, el estudio de Standley (2006) va en la misma línea. El de Hanser et al. (2006) también, pero se añaden dos seguimientos a largo plazo que pueden inducir al rechazo o abandono. El de Gimeno (2008) propone una intervención de seis semanas seguidas, no siempre coincidentes con la quimioterapia (solo coincide seguro en la primera); aunque en las razones aducidas por rechazo no se menciona directamente el diseño de la intervención, sí puede suponer para las pacientes un elemento de estrés añadido o tener que sobreponerse a las consecuencias del tratamiento, que a menudo sobrepasan a la

persona (como efectos secundarios o temor a ellos, etc.). Y podría incidir en el rechazo inicial a participar.

Finalmente, que por razones de posible sesgo se decidiera completar primero un grupo y después el otro, ha facilitado una mayor cohesión del equipo.

Un dato curioso, relacionado con la compactación de grupos, se ha vivido en el experimental. La musicoterapia estaba presente en los comentarios que realizaban las pacientes mientras esperaban turno, ya fuera para las analíticas, la visita con la oncóloga o momentos antes de entrar al hospital de día. Observar las idas y venidas del equipo de musicoterapia con sus instrumentos, suscitaba curiosidad y ganas de participar. En algunos casos, la decisión de participar era casi automática al proponérselo.

Creemos que tanto el equipo de enfermería como el boca-oreja de los propios pacientes han sido puntos fuertes para la alta participación, poco rechazo y posteriormente alta adherencia. Se debería estudiar y potenciar más su participación activa en este tipo de estudios.

El tercer elemento a analizar en este apartado es el volumen de *pérdidas o abandono*. Al poder comparar solo con aquellas investigaciones que ofrecen datos, el riesgo de sesgo en la interpretación puede ser grande.

El abandono en el caso de Standley (1992) es del 32,2%; en Hanser et al. (2006) es de un 37,1%; en Gimeno (2008), un 5% y en Serra et al. (2011), un 36,6%. En general, giran alrededor del 30%.

Aunque los datos sean escasos, nos interesan los motivos de los abandonos.

En Standley (1992) las causas de pérdidas o abandono son por progresión de la enfermedad (5), fallecimiento (2), ansiedad severa o emesis (3), seguimiento del tratamiento en hospital (2), pérdidas (2, una en cada grupo), o fisiológicas (1, puerto venoso de administración de quimioterapia diferente, que lo excluyó de los parámetros de análisis). También hay personas que abandonan entre la primera y la segunda quimioterapia (1 en el control y 2 en los grupos de condición musical).

En Hanser (2006), desde la evaluación basal al primer seguimiento abandonan 27 personas (8 demasiado ocupadas, 7 fallecimientos, 3 por desinterés, cambio 2, limitaciones físicas 2 y 5 pérdidas).

En el caso de Gimeno (2008) se incluyen temas como muerte, suspensión de la quimioterapia por progresión de enfermedad, sentimientos que el estudio no ayudaba, sentirse mal, dificultades personales de afrontamiento, necesidad de más tiempo personal y no poderlo dedicar al estudio, y estar ocupado en temas familiares.

En Serra et al. (2011) hay 14 casos de pérdidas (9 cambios de día de tratamiento por resultados analíticos -imposibilidad de seguir por parte del MT; 2 rechazos a continuar, 1 abandono por mandato de un familiar (personal sanitario del hospital), 1 ingreso en el hospital y 1 pérdida de datos).

Finalmente, en nuestra investigación, el nivel de abandono es de 19 participantes (21,5%), inferior al 30% generalizado. A los 14 casos recién explicados (grupo experimental), se le añaden 5 (del grupo control), que se pierden debido al no

cumplimiento de datos (2 casos), cambio de día en el tratamiento (1), cambio de unidad (1) y suspensión de QT por ser ineficaz (1).

La mayor parte de abandono es por imposibilidad del equipo investigador (sobretudo musicoterapeuta) de adaptarse a un cambio de día del paciente, seguido de la pérdida de datos por parte del equipo. Son razones más bien de carácter externo al paciente y, posiblemente, fácilmente reparables con otro planteamiento organizacional.

Por otro lado, el paciente no sugiere muchas razones de tipo interno (como sería desinterés, necesidad de tiempo o sobreocupación –que hemos visto en estudios precedentes).

Este aspecto se podría explicar, quizá, por el propio diseño de nuestro estudio, centrado en el aquí y ahora, en la realidad del paciente. No hay propuesta de trabajo o audición en casa, que podría aumentar este abandono y/o rechazo.

Otros aspectos que lo podrían explicar serían la intervención de musicoterapia en sí misma y el apoyo que el paciente siente por parte del equipo investigador, que facilitaría la adherencia terapéutica. Aunque este sentimiento es compartido con el grupo control, en el experimental hay un factor añadido: las pacientes consideran que la sesión les reporta un beneficio, y que este puede ser considerado como posible recurso para afrontar la enfermedad.

7.2. Sobre diseño, procedimiento y características de la muestra

El diseño metodológico varió en relación a su planteamiento inicial. Por cuestiones logísticas (contaminación) y completar la muestra en el mínimo tiempo posible, se optó por hacer dos grupos consecutivos, empezando por musicoterapia.

Se pasó, pues, de un estudio experimental observacional a otro tipo de estudio, también experimental, basado en una serie de casos, con dos cohortes de pacientes (musicoterapia y control).

La mayoría de estudios revisados presentan en el diseño un grupo control. Solo dos no lo hacen (Bozcuk et al., 2006; Weber et al., 1997).

7.2.1. Variables estudiadas e instrumentos de evaluación

Las investigaciones precedentes tendían a evaluar aspectos psicológicos (ansiedad, depresión, estado de ánimo) junto con parámetros más fisiológicos (náuseas, vómitos, frecuencia cardíaca, presión sistólica y diastólica) así como percepciones más subjetivas en cuanto a nivel de confort, cansancio, relajación, distracción, estado de ánimo, bienestar, dolor (evaluadas mediante EVAs) o calidad de vida -mediante tests estandarizados (Bozcuk et al, 2006; Bulfone, 2009; Cai et al., 2001; Ezzone et al., 1998; Ferrer, 2007; Gimeno, 2008; Hanser et al., 2006; Harper, 2001; Sabo & Michael, 1996; Serra et al., 2008; Standley, 1992a; Straw, 1991; Walker et al, 1999; Wan et al., 2009; Weber et al, 1997).

En estos estudios, no se tratan aspectos cualitativos de manera sistemática y categórica. En general se recogen observaciones de pacientes a modo anecdótico,

palabras clave, comentarios diluidos entre discusión, abstracts... (Burns, 2001; Ferrer, 2007; Gimeno, 2008; Hanser et al., 2006; Weber et al., 1997).

Puesto que en un proceso terapéutico tan profundo como puede ser la musicoterapia en oncología, donde la dimensión emocional cobra una gran fuerza y donde todo este apartado se puede traducir no solo en un lenguaje musical-instrumental sino también verbal (a través de las canciones escogidas, analizadas, compuestas, las improvisaciones vocales, las verbalizaciones durante/posteriores a la sesión) nos parecía que se debía recoger.

Para ello escogimos una pregunta abierta que acompañaría al termómetro del estrés y la evaluación del mismo material musical que surgiría de las distintas sesiones. Avanzamos así en la dirección sugerida por el instituto Cochrane a través de su revisión de musicoterapia y cáncer (Bradt et al., 2011).

En cuanto a aspectos más cuantitativos, se optó por utilizar tests que hubieran sido utilizados en otras investigaciones, fueran conocidos y usados en el ámbito hospitalario español pero, sobre todo, que fueran fáciles de rellenar por las pacientes (caso que lo hicieran en el mismo hospital e incluso con la vía puesta).

Para la ansiedad, se descartó la longitud del STAI a pesar de haber sido utilizado en varios estudios precedentes y actuales (Bulfone et al., 2009; Harper, 2001; Royal Melbourne Hospital; Straw, 1991; Wan et al., 2009; Weber et al., 1997). Se escogió el HADS (Hanser et al., 2006; Royal Melbourne Hospital, Serra et al., 2008, 2011; Walker et al., 1999) y se optó por cambiar EVAs y preguntas verbales (Ferrer, 2007; Hanser et al., 2006; Standley, 1992; Walker et al., 1999) por una herramienta estandarizada, el Termómetro del estrés.

En cuanto a la depresión, nos decantamos por el más utilizado y acorde a nuestra línea, el HADS.

Y finalmente, para calidad de vida, optamos por tests estandarizados, usados y de ámbito europeo (EORTC QLQ C-30), descartando así tests (QoL, FACT-G) y adaptaciones de tests para países culturalmente diferentes al nuestro, como China (Xie, 2001) o EVAs (Hanser et al., 2006).

7.2.2. Momento de pasar las herramientas

Nos interesaba conocer si la musicoterapia podía ofrecer beneficio a las pacientes, no solo a nivel inmediato (para lo cual se diseñó un pre-post) sino a largo plazo. La experiencia previa de Serra et al. (2008), con un diseño de seguimiento a los 21 días de finalizar el tratamiento y la dificultad comentada por Hanser (2006) o Gimeno (2008) en sus estudios, junto con la diversidad de número de ciclos que reciben y la experiencia de la Dra. Rodríguez Vega en estudios en psiquiatría y oncología, determinó que la evaluación a más largo plazo de las pacientes fuera dentro del mismo proceso de quimioterapia, es decir, en el 4º ciclo. De esta forma, todas las personas (independientemente de si recibían, 4, 6 u 8 ciclos de tratamiento) podían ser evaluadas con un post dentro del mismo proceso.

7.2.3. Lugar de intervención

El lugar donde se lleva a cabo la intervención cobra gran importancia en esta investigación y es un elemento sobre el que se debería reflexionar más de cara a propuestas de investigación futuras.

En general, las referencias bibliográficas dejan poco claro el momento en que se lleva a cabo la investigación. Se generaliza durante la quimioterapia, no especificando si se refiere a la fase en general o el momento del tratamiento en particular, en el mismo hospital de día o en salas contiguas. Hay investigaciones que añaden el domicilio del paciente como espacio de intervención.

En nuestro caso, optamos por acercarnos a la realidad del paciente. Es la musicoterapia la que entra en el hospital de día, una sala bulliciosa y llena de gente, durante el tratamiento.

Nos acercamos así a los estudios realizados por Bozcuck et al. (2006), Ferrer (2007), Serra et al. (2008, 2011) y Standley (1992). Y nos alejamos de aquellos que, coincidiendo con el tratamiento, realizan la intervención en salas privadas contiguas (Bulfone et al., 2009; Gimeno, 2008; Hanser et al., 2006) o le añaden el domicilio (Gimeno, 2008; Hanser et al., 2006; Serra et al., 2008; Walker et al., 1999).

Vemos que los resultados aportados por nuestra investigación son positivos en cuanto a las variables estudiadas y que no difieren de otros que, obteniendo también resultados positivos, no han tenido en cuenta esta opción.

Creemos que llevar a cabo una intervención en un espacio con más pacientes, de diferente sexo y tipo de cáncer, abre nuevas posibilidades de acción e interacción, incluso de apoyo. Los resultados significativos en la subescala de función de rol y emocional, así como los beneficios en el de funcionamiento social (aportados por Serra et al., 2011) apuntan a la importancia y ventaja de considerar este espacio como *setting* terapéutico. Las opiniones cualitativas aportadas por las pacientes arrojan también luz sobre este aspecto.

Por otro lado, debemos considerar la limitación que este mismo espacio supone en cuanto a la profundización y trabajo de aspectos emocionales. La intimidad es escasa, así como el tiempo de intervención (tres sesiones). Pero los resultados aportados por esta investigación, donde los aspectos de rol, cognitivos y emocionales obtienen valoraciones significativas, y donde las transcripciones adquieren gran importancia, nos animan a continuar apostando por la inclusión del hospital de día en la intervención.

Otros aspectos relacionados, facilitados por el grupo experimental y mencionados como positivos son la integración y normalización del entorno hospitalario, así como la inclusión del equipo de enfermería y su papel en el apoyo al paciente.

7.2.4. Muestra

En cuanto a la muestra se refiere, se tomó la decisión de no ser muy estricto a la hora de establecer los criterios de inclusión. Descartamos acotar el nivel de afectación de tumor (tamaño), y dejar solamente el tipo de cáncer y de tratamiento (cáncer de mama y quimioterapia adyuvante, respectivamente). Se recogieron muchos datos sociodemográficos de los cuales detallamos los aspectos que nos parecen más relevantes. Algunos otros pensamos que podrán ser analizados minuciosamente en

posteriores estudios (antecedentes familiares, línea de procedencia de los antecedentes, etc.).

En cuanto al género, todas las participantes de nuestra investigación son mujeres. Es el sexo predominante en este tipo de investigaciones. Hemos calculado, de los datos disponibles previos, que se ha intervenido sobre 462 mujeres y solo 167 hombres.

El número de estudios donde la muestra es mixta (Cai et al., 2001; Ezzone et al., 1998; Ferrer, 2007; Gimeno, 2008, Harper, 2001; Straw, 1991; Wan et al. 2009) es parecido a los que tratan solo un tipo de población, femenina (Bozcuck et al., 2006; Bulfone et al., 2009; Hanser et al., 2006; Serra et al., 2008, 2011; Walker et al., 1999). No hay ninguna investigación realizada solo con población masculina.

Quizá la diferencia de género podría dificultar la capacidad de expresar y compartir emociones (un aspecto valorado), o aumentar el rechazo hacia un tipo de intervención. En nuestro caso, la muestra se ha homogeneizado, tanto por género como por tipo de tumor y situación de enfermedad.

En general, el tipo de tumor y el estadio también varían, aunque la diferencia se decanta claramente a favor del cáncer de mama (Bozcuck et al., 2001; Bulfone et al., 2009; Cai et al., 2001; Gimeno, 2008; Hanser et al., 2006; Harper, 2001; Serra et al., 2008, 2011; Walker et al., 1999).

Siguen al cáncer de mama, estudios con pacientes que presentan cáncer de pulmón, ovario, próstata, gástrico, colon, lengua u otros, pero con una muestra muy pequeña. Sobre estadios, varían entre I y IV. Esta condición también podría afectar y sesgar bastante los resultados.

Por cuanto a la edad de las pacientes, en nuestra investigación la media es de 54,8 años para el grupo control –con un rango entre 33 y 78- y de 47 años para el grupo experimental –con un rango entre 30 y 80 años. El grupo estaba bien balanceado. Nos situamos en la franja habitual de intervención, los 46-50 años (Bulfone et al., 2009; Serra et al., 2008; Straw, 1991; Walker et al., 1999) y los 51-55 años de edad (Cai et al., 2001; Ferrer, 2007; Gimeno, 2008; Hanser et al., 2006; Standley, 1999). Solo hay dos intervenciones con una media inferior a 45 años (Bozcuck et al., 2006; Ezzone et al., 1998).

También nos acercamos a la media de 55,05 años que la revisión Cochrane hace para estudios de musicoterapia y cáncer -incluyendo estudios con población pediátrica y otros tipos de tratamiento, como radioterapia (Bradt et al., 2011).

En cuanto al estado civil, aproximadamente un 60% están casadas en ambos grupos y viven mayoritariamente con su pareja (desde hace más de 20 años), e hijos.

Continuando con los datos sociodemográficos, en cuanto al nivel educativo, la mitad de las personas del grupo experimental (GE) o poco menos del control (GC, 44,4%) han completado el Bachiller. Los estudios universitarios ocupan el segundo puesto en cuanto a educación, llegando al 25% en el grupo experimental.

En el momento del tratamiento, la mitad de las pacientes están de baja laboral, mientras que un 20% continúa trabajando a tiempo completo.

Cerca del 90% de las pacientes vive en un medio urbano y, en cuanto a su origen, solo en el grupo experimental hay un poco de diversidad (tres personas de origen extranjero –suramericano, canadiense y filipino); en el control son todas españolas.

La procedencia de los pacientes, así como su religión, suele añadirse en los datos sociodemográficos. Esto pasa en países donde la diversidad cultural es muy arraigada (como por ejemplo EUA).

Precisamente de este país son la mayoría de estudios, en concreto siete (Ezzone et al., 1998; Ferrer, 2007; Gimeno, 2008; Hanser et al., 2006; Sabo & Michael, 1996; Standley, 1992; Straw, 1991). El resto se han realizado en China (Cai et al., 2001; Wan et al., 2009; Xie et al., 2001). Y los dos que se llevan a cabo actualmente también proceden de lejos, Estados Unidos y Australia.

El volumen de estudios europeos es menor y está bastante diversificado: Austria (Weber et al., 1997), Reino Unido (Walker et al., 1999), Turquía (Bozcuck et al., 2006), Italia (Bulfone et al., 2009) o España (Serra et al., 2008).

Curiosamente, en ninguno de los estudios europeos mencionados se detalla el origen o religión de los participantes. Quizá por la homogeneidad de los participantes.

Pensando que es un dato que puede repercutir en aspectos de tipo psicológico (maneras de afrontamiento, actitud, personalidad, capacidad de expresión emocional...) o musical, nosotros hemos recogido la procedencia, aunque su volumen es muy pequeño.

Entramos ahora en los datos más clínicos: alrededor del 90% en ambos grupos el tipo de tumor detectado era un carcinoma ductal (83,3% GC y 93,9% en GE), frente al tipo lobulillar (alrededor del 10%) e intraductal (con escasa presencia, un caso en GE).

Se constata la existencia de antecedentes oncológicos en ambos grupos, alrededor del 66% (67,6% GC y 65,6% GE).

Nos pareció interesante anotar si la mama afectada era la derecha o la izquierda, y en este caso, está muy igualado: predomina la mama derecha (media de 49,3%) por encima la izquierda (media de 47,8%); un 3% de los casos aproximadamente es bilateral (y se da en el GE).

Y todavía más interesante nos pareció diferenciar si la persona había recibido algún tipo de tratamiento previo, o estaba previsto que recibiera uno posterior, por lo que pudiera suponer a nivel de ansiedad y depresión, especialmente. En general, un 71% habían recibido cirugía previa (superior en el GE, 75,8% vs. GC, 66,7%). De los que la habían recibido previamente, en el 48% de los casos era de tipo conservadora, mientras que en el 50% restante, era de tipo radical –mastectomía.

No hubo diferencias significativas en cuanto a niveles de ansiedad y depresión en la comparación entre cirugía previa / final y ansiedad y depresión.

Finalizada la quimioterapia, todavía un 70% de las pacientes continuaban tratamiento, básicamente radioterapia y hormonoterapia.

Solo un estudio, de los que utilizan música en directo durante la quimioterapia (Hanser et al., 2006) ha contemplado el tipo de tratamiento/s que recibía la persona. Aunque en los resultados tampoco ha hecho correlaciones con ansiedad o depresión, queremos resaltar el tipo de tratamientos que ha constatado: quimioterapia, hormonoterapia, acupuntura, radioterapia, masaje, *reiki*, otras o ninguna.

Se manifestaría así, a través de dicho estudio, la tendencia de la inclusión y coexistencia de otro tipo de terapias (complementarias o alternativas, según autores) durante la quimioterapia (Vickers & Cassileth, 2001). Entre sus objetivos, está el facilitar el manejo de los síntomas y reducir ansiedad y depresión. La musicoterapia, pues, se añadiría a ellas. Por nuestros resultados, abogamos esta idea, ya que puede ser una buena herramienta de apoyo para los pacientes oncológicos.

7.2.5. Abordaje musical

Son pocos los estudios que hasta hoy utilizan un modelo de musicoterapia activo. La tendencia ha sido el uso de la música pasiva, con distintos objetivos, grados y tiempos de aplicación.

El recurso a la visualización e imaginación guiada se ha desarrollado para mejorar la calidad de vida (Straw, 1991; Xie et al., 2001); mandar un mensaje de apoyo (Sabo & Michael, 1996); reducir ansiedad, depresión y dolor (Wan et al., 2009); fortalecer el sistema inmunitario ante el tumor (Serra et al., 2008; Walker et al., 1999), o visualizarse la persona libre de cáncer y con sus objetivos conseguidos (Serra et al. 2008).

La audición, recurso rápido y fácil aplicación por alguien no especializado, es lo más habitual. Distinguimos dos grupos.

El primero, que utiliza un CD estándar para todos, de tipo *new age*, con música clásica (Weber et al., 1997), folklórica (Cai et al., 2001) o estándar (Bozcuk et al., 2006).

El segundo, que permite al paciente escoger la música que quiera dentro de un surtido ofrecido por el equipo investigador. La selección puede ir desde música de películas a música celta, sonidos de la naturaleza, clásica o *new age* (Bulfone et al., 2009; Ezzone et al., 1998; Standley, 1992; Weber et al., 1997).

Algunos estudios ofrecen al paciente un CD extra para reforzar las visualizaciones o favorecer la relajación en el domicilio (Gimeno, 2008; Hanser et al., 2006; Serra et al., 2008, Walker et al., 1999).

El tiempo de exposición al estímulo musical también varía: inferior a los 30 minutos (Bulfone et al. 2009, Cai et al., 2001; Serra et al., 2008; Standley, 1992; Weber et al., 1997), alrededor de los 45 minutos (Ezzone et al., 1998; Straw, 1991; Wan et al., 2009) y cerca de la hora de duración (Bulfone et al., 2006; Gimeno, 2008; Hanser et al., 2006; Xie et al., 2001)

Como vemos, la variedad es amplia. Es difícil generalizar y sacar conclusiones, todavía menos cuando el modelo utilizado es activo. Lo más prudente es comparar los estudios.

En nuestro caso, los modelos preexistentes se reducen a dos: Ferrer (2008) y Hanser et al. (2006), también diferentes entre ellos. Mientras que el primero interviene solo en una ocasión (sesión única), el segundo lo hace en tres.

Tampoco coinciden en duración: Ferrer (2008) propone una sesión de 20 minutos, mientras que Hanser et al. (2006) la propone de 45. Ni en el lugar de llevarse a cabo. Ferrer opta por la misma sala de quimioterapia, mientras que Hanser separa al paciente y realiza la sesión en una sala contigua, individual.

En cuanto al modelo de abordaje, el primero sugiere un tipo de musicoterapia creativa, pero limitando sus posibilidades a una selección de músicas que se tocan y acompañan con una guitarra en directo, mientras que el segundo propone un protocolo de intervención para cada sesión, siguiendo un abordaje cognitivo-conductual (reforzado en el domicilio por un CD).

En la investigación llevada a cabo por nosotros en el HULP apostamos por un modelo de musicoterapia activo, con tres sesiones de intervención, realizadas en la misma sala de tratamiento y con una duración de 45 minutos aproximadamente.

El conocimiento musical no era un factor de inclusión/exclusión a la hora de seleccionar los participantes pero, precisamente por esta razón, cuatro personas rechazaron participar en el estudio.

Tampoco hubo abandonos a lo largo de él por cuestiones musicales o desinterés. Esto nos indica que el nivel musical no supuso un problema o hándicap para las personas del GE. Más bien podríamos pensar lo contrario: la música supuso un gran incentivo para la persona, aportándole aspectos nuevos, de crecimiento personal y conocimiento musical que lo mantienen abierto e implicado en la terapia, con un crecimiento en su autoestima y autopercepción. Algunos comentarios del análisis cualitativo así lo confirman.

Este aspecto entronca directamente con la filosofía del modelo de musicoterapia que se escogió para esta investigación: modelo de musicoterapia creativa Nordoff-Robbins, también conocido por humanista. La persona es un ser musical y creativo por excelencia, con capacidades y recursos internos, incluso en una quimioterapia.

Este es el único estudio europeo llevado a cabo en hospital y publicado hasta ahora que utiliza este modelo de musicoterapia en directo para la consecución de sus objetivos. Nos alegra especialmente porque observamos que es el modelo que se está utilizando en los estudios que se están desarrollando actualmente e implantando en los diversos hospitales de nuestro país.

Se observa, pues, una tendencia al alza a utilizar la música en directo, por encima de la musicoterapia más pasiva y/o (siguiendo la nomenclatura Cochrane) la música en medicina.

7.3. Sobre las variables de ansiedad, depresión y calidad de vida

Debido a que las variables ansiedad y depresión se han medido con varias herramientas y en distintos momentos (antes/después y entre 1º/4º ciclo), la discusión integra los aspectos cuantitativos y cualitativos según estos aspectos.

Esto nos permite tener dos visiones que, más allá de las diferencias, pueden complementarse y aportar luz tanto a la reflexión como a futuras investigaciones, ya sea en diseño metodológico como intervención terapéutica.

Iniciamos el apartado con el distrés psicológico, medido con el Termómetro del distrés y HADS.

7.3.1. Termómetro del distrés

Con el Termómetro del distrés, pasado antes y después de la intervención, los resultados nos muestran un comportamiento similar entre los dos grupos, si bien la evolución general es diferente.

Los niveles de **ansiedad** son altos, los más altos, en la primera quimioterapia. La incertidumbre, el proceso del tratamiento mismo, el miedo a los efectos secundarios..., influyen en la puntuación.

“Un poco angustiada, porque son muchas horas las que tengo que pasar aquí” (GC, P62, pre q1)

“Hoy tengo muchas ganas de salir pa'llá, pa'cá, pa toos laos” (GE, P18, pre q2)

Observamos dos cosas: en primer lugar, que la puntuación de partida siempre es más alta que la marcada al final del ciclo anterior. Cuando la persona regresa al hospital en el ciclo siguiente, siempre refiere en la medición pre mayor ansiedad que en el post del ciclo anterior. Se da en ambos grupos, independientemente de la intervención.

En segundo lugar, la ansiedad pre-post se irá reduciendo en ambos grupos a medida que pasan los ciclos.

Aunque la rutina y el paso de los ciclos decrecen la tensión, a veces, un elemento externo puede disparar esta ansiedad:

“Me he puesto muy nerviosa porque he sido la primera para la analítica y me han llamado muy tarde y estaba desesperá, y estaba con un poco de ansiedad” (GC, P22, pre q3)

En los análisis descriptivos observamos cómo las medias del grupo control bajan en el pre-post del segundo ciclo, pero vuelven a subir en el ciclo 3. En el experimental se reducen también en el segundo, pero en el tercero no aumentan, sino que se reducen ligeramente en el pre y se mantienen en el post.

La evolución indica una diferencia significativa entre el antes y el después en los ciclos 2 y 3 para el grupo experimental ($p=0.0217$ y $p=0.0057$, respectivamente), mientras que para el primero, roza la diferencia ($p=0.0690$) (véase Tabla 13).

La literatura, escasa, muestra esta tendencia: una mejora en cada grupo, no entre grupos (Straw, 1991), menor ansiedad en el grupo experimental (Bulfone et al., 2009; Cai et al., 2001; Harper, 2001; Serra et al., 2008) o diferencia significativa (Ferrer, 2009).

De todas estas investigaciones, la que tiene un diseño y un abordaje musicoterapéutico más parecido a la nuestra es la de Ferrer (2009). Propone una evaluación pre-post mediante una EVA (0-10), con musicoterapia de improvisación (música en vivo). Sus resultados muestran una diferencia significativa para el grupo experimental ($p=0.009$). Algunas diferencias entre su estudio y el nuestro están en el número de sesiones (realiza solo una) y que las participantes ya habían recibido algunas sesiones de quimioterapia antes de recibir la de musicoterapia. En nuestro caso, cogemos a la persona desde el inicio, no tiene la experiencia previa.

La revisión Cochrane separa la variable ansiedad/depresión del estrés. Y divide según utilicen el STAI u otras medidas (entre ellas, EVAs). Entre las del segundo tipo, continúa separando la variable ansiedad (para la que incluye seis estudios, con 469 pacientes y una diferencia significativa con música de $p=0.0007$), de la propiamente estrés, para los cuales escoge dos estudios, descarta uno y se queda con otro (Hanser, 2006), del cual no encuentra diferencias significativas entre ambos grupos, aunque sí apunta una mejoría con musicoterapia.

El análisis cualitativo aporta más elementos diferenciales, especialmente sobre el paso del tiempo y el bienestar.

En el grupo control, se asocia ansiedad con el paso del tiempo:

“Lo único que tengo es prisa por salir de aquí, no depresión. Es impaciente. Y acabo de entrar, como aquello que dice” (GC, P76, post q2)

En el grupo experimental no se da esta asociación, es más, no solo se hace hincapié en la reducción de la ansiedad, sino que incluso aparece vinculada a un estado de relajación.

En cuanto a la **depresión**, observamos también que el nivel de depresión que refiere la persona es superior al nivel con que marchó el ciclo anterior. Ocurre en ambos grupos.

Al comparar esta variable en el pre-post, vemos que se comporta diferente según el grupo.

En el grupo control, los análisis cuantitativos muestran cómo, a pesar de que entre el pre-post siempre se reduce la depresión, ésta aumenta a medida que pasan los ciclos.

“Estoy con depresión, tengo tratamiento y siento que me están ayudando. Depresión” (GC, P87, post q2)

Los resultados cuantitativos muestran una evolución con diferencia significativa entre el antes y después para el grupo experimental en todos los ciclos ($p=0.0060$, $p=0.0045$ y $p=0.001$, respectivamente) (véase Tabla 13).

El grupo experimental también reduce la depresión en el post, pero además, introduce una ligera tendencia a la baja en el segundo ciclo, que prácticamente se mantiene en el tercero.

De nuevo aparece en los comentarios la asociación de la musicoterapia con la relajación (como hemos visto al hablar de la variable ansiedad).

También nos confirman las personas que no tienen depresión en el post (a diferencia del control, que sí lo manifiestan). Además, cuando lo dicen, se reafirman en otro aspecto: no tener ansiedad.

El menor peso que las personas otorgan a la depresión (con menor número de verbalizaciones) coincide con el peso que la literatura musicoterapéutica le otorga en las investigaciones. Se evalúa mucho menos que la ansiedad.

Los pocos estudios que evalúan mediante pre-post intervención se limitan y no permiten generalizaciones. Cai et al. (2001) y Wan et al. (2009) midieron depresión mediante tests diferentes (una EVA específica de ansiedad y CES-D, respectivamente), ambas desde un abordaje de sesión única, con música grabada y con resultados que apuntan beneficiosos, no siempre significativos.

La revisión Cochrane evalúa cinco ensayos de intervención de musicoterapia y cáncer, incluidos los mencionados más otros que evalúan a largo plazo, como Hanser (2006). El número de participantes es 468. Los resultados no apoyan el efecto de la música como medida de intervención ($p=0.69$) y son inconsistentes. Los otros dos estudios hacen referencia a otro tipo de intervención con cáncer (radioterapia y autotrasplante de médula ósea), más alejada a nuestra realidad.

Además de reflexionar sobre los resultados de una intervención pre-post, que parece beneficiosa en el grupo que recibe musicoterapia, deberíamos preguntarnos también sobre el tipo de test.

En este sentido, las herramientas que permitan una detección temprana, pero a la vez sencilla y fiable, con unas intervenciones que favorezcan la reducción del impacto emocional en los pacientes, en su percepción de control, pueden ser de gran ayuda. (Holland & Chertkov, 2001; Holland, 2002, Moscoso & Knapp, 2010; Ulla, 2003).

7.3.2. Ansiedad y depresión (HADS)

En nuestro estudio, estas variables se midieron, para ambos grupos, a través de la escala que mide ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), de manera repetida, en el primero y cuarto ciclo de quimioterapia. Nos referiremos primero a la ansiedad y después a la depresión.

La **ansiedad** se reduce ligeramente en el grupo control entre el ciclo 1 y el 4 (6.31 → 6.25) y de manera mayor en el grupo experimental (7.39 → 5.22). Esto se traduce en una diferencia significativa ($p<0.001$) para el grupo que ha recibido la intervención de musicoterapia.

Nuevamente, los estudios con los cuales podamos comparar estos resultados son escasos. De entrada, por la diversidad de instrumentos de medición, repartidos entre STAI y HADS, con predominio del STAI. Hemos diferenciado anteriormente qué investigaciones eran tratadas con un test u otro. Aquí recordamos que la revisión Cochrane constata unos resultados favorables para la intervención con musicoterapia de $p=0.009$ en los estudios que han valorado ansiedad y depresión mediante STAI, y de un $p=0.0007$ para otro tipo de herramientas.

Ante unos estudios tan escasos y poco significativos, aunque sí beneficiosos, quizá deberíamos plantearnos la conveniencia o no de utilizar unos tests tan amplios y

largos. Si le añadimos que en el momento de la quimioterapia (durante el tratamiento en sí o a lo largo del ciclo) las personas sufren efectos secundarios que pueden afectar a su concentración, quizá deberíamos usar una herramienta más sencilla (como se ha expuesto anteriormente) o modificar nuestra intervención.

Si pretendemos, sea con la terapia que sea, facilitar que la persona pueda no solo reducir su ansiedad inmediata, sino tomar más consciencia de su momento, de su enfermedad y de aceptarla para posteriormente, transformarla y reducir su sufrimiento, el diseño de la investigación debe contemplar varias sesiones, que permitan acompañar a la persona en un tramo más amplio de su recorrido oncológico. Con una sola sesión no nos basta. Esto es independiente, también, de la presencia o no del grupo control.

En nuestro caso nos decantamos por tests de fácil manejo y centrarnos en la intervención musicoterapéutica (número de sesiones y modalidad de abordaje) y comparar los resultados en relación al momento de medición.

En los estudios que la intervención consiste en una sola sesión, observamos una reducción significativa de la ansiedad en solo dos casos (Ferrer, 2007 y Wan et al., 2009). En el primero, se utiliza una escala tipo EVA; en el segundo, el STAI.

Añadimos que en otras investigaciones que utilizan el STAI o HADS, la ansiedad se reduce en mayor o menor grado, se relata satisfacción, mejoría o se anota que el test largo no está bien considerado, pero nunca llega a obtener diferencia significativa.

En cuanto al modelo utilizado, Ferrer (2007) realiza una intervención de musicoterapia activa, mientras que Wan et al., (2009) es pasiva, una visualización.

Nos encontramos pues, con dos casos de sesión única, abordaje diferente (musicoterapia activa y pasiva) y diferencia significativa. El resto, utilizan abordajes pasivos (Bulfone et al., 2009; Cai et al., 2001; Harper, 2001; Weber et al., 1997 y el resultado provisional del hospital de Melbourne).

Si enfocamos ahora en la duración de las sesiones, observaremos que en todos los casos no supera los 30 minutos, desarrollándose entre los 15 (Bulfone et al., 2009), los 20-25 (Ferrer, 2007; Melbourne) y los 30 (Cai et al., 2001; Harper, 2001 y Wan et al., 2009).

Aquí debe entrar en consideración otro aspecto ya mencionado: cuándo establecer el momento de evaluación final.

Cuando la intervención acompaña a la persona en más de una sesión, los resultados son más positivos, hay diferencia significativa (Straw, 1991; Sabo & Michael, 1996; Serra et al., 2011) o mejoría (Hanser et al., 2006).

En este tipo de casos, las sesiones duran más, oscilando entre 30 y 45 minutos. El modelo utilizado es pasivo en todas las investigaciones, excepto en Hanser et al. (2006), que establecen la medición final en dos puntos: a las seis semanas y a los tres meses; muy alejado de las otras mencionadas, que en su mayoría siguen solo el proceso de intervención.

Un término intermedio es, posiblemente, el optado por nosotros: se realizó intervención durante los tres primeros ciclos (que se suceden cada 21 días) y se hizo

un seguimiento a los 21 días siguientes, cuando todavía la persona está en tratamiento quimioterápico.

En este punto de su tratamiento ya se apunta una diferencia significativa (en casi todos los ciclos). Lo que nos hace pensar o reflexionar que un posible alargamiento de la intervención (hacer todo el seguimiento) podría decantar la balanza a unos mejores resultados.

Los datos cualitativos apuntan dos aspectos cuando la persona reflexiona más allá del momento inmediato: el proceso de tratamiento y la curación.

“Bien, con los pocos nervios de siempre porque todo vaya como hasta ahora” (GC, P88, pre q3)

“Tengo menos ansiedad porque pienso que cada ciclo es un día menos para acabar con la enfermedad” (GC, P81, post q2)

En este sentido, un posible alargamiento de la intervención podría orientarse a reducir la ansiedad, proporcionando más herramientas de control y reducción de estrés (físicas y cognitivas), y facilitando una mayor toma de conciencia del momento final del proceso quimioterápico, facilitando el traspaso de una etapa larga de quimioterapia a otra nueva, sin tratamiento y con unos nuevos objetivos en la vida.

Pasamos ahora a reflexionar y discutir los efectos de la intervención sobre los **síntomas depresivos**, aspectos en los que inciden los estudios de carácter psicológico y que afecta fuertemente a las personas.

Quizá un aspecto a considerar, que marca diferencia en relación a los estudios basados en musicoterapia, es la discriminación inicial de los pacientes. Mayoritariamente, los estudios psicológicos establecen como criterios de inclusión una puntuación determinada en alguna escala de ansiedad/depresión, para lo cual diseñan una intervención farmacológica / no farmacológica / o mixta. Parten de un diagnóstico.

La literatura incide en la necesidad de establecer criterios y discriminar bien una depresión severa mediante un test estandarizado o entrevista (Rodin, Katz et al., 2007). También resalta la personalidad y el grado de estilo adaptativo como elementos que influyen en el grado de depresión y el cáncer (Rodríguez Vega et al., 2007).

En cuanto a la literatura musicoterapéutica, esta es más bien escasa y en general no discrimina a los pacientes con depresión como criterio inclusivo. Es más bien una herramienta observacional, de línea base y para ver la evolución. Con lo cual, esto puede comportar un sesgo a la hora de intentar correlacionar resultados o hacer comparaciones.

La revisión Cochrane recoge solo cinco estudios que examinen los efectos en depresión. La muestra es pequeña, 468 participantes y la conclusión, escueta: no encuentran apoyo en la música ($p=0.69$) y los resultados son inconsistentes.

Además, de estos cinco estudios, dos se han llevado a cabo durante otros tratamientos, como trasplante o radioterapia (Cassileth et al., 2003; Clark et al., 2006). Con lo cual, tenemos poco con lo que comparar. A ello, solo podemos añadirle el breve estudio de Serra et al. (2008), los resultados provisionales que se llevan a cabo en Melbourne, y el que se presenta en este trabajo.

Observamos que las intervenciones donde se evalúa la depresión oscilan entre los 30 minutos (Cai et al., 2001; Wan et al., 2009) y los 45 (Hanser et al., 2006; Serra et al.,

2008, 2011). Se equilibran los abordajes activos con los pasivos, que incluyen recopilatorios de música para escuchar en casa (Hanser et al., 2006) o grabaciones de un mensaje con un objetivo terapéutico determinado, también para escuchar en casa (Serra et al., 2008).

Los resultados de nuestra investigación constatan una reducción significativa de la sintomatología depresiva con la musicoterapia en relación al grupo control. Hay una tendencia doble: por un lado, el grupo control aumenta su sintomatología depresiva a medida que pasan los ciclos (la media pasa de 3.22 →4.53), mientras que el grupo experimental la reduce (la media pasa de 3.64 →2.97). La evolución estima una diferencia significativa de empeoramiento para el grupo control en $p=0.0127$.

Pensamos que son unos datos alentadores, no tanto porque el efecto de la musicoterapia sea fabuloso (que sí es beneficioso) sino por la importancia que tiene en mantener o reducir ligeramente ese nivel de sintomatología depresiva inicial y mantenerlo. Como se ha apuntado, quizá una intervención a más largo plazo, que incluyera toda la quimioterapia, ayudaría a que esta reducción se afianzara, consiguiendo una diferencia significativa por sí misma.

Cuando las disciplinas que llevan años de investigación y estudio en este tema continúan buscando la mejor manera de acompañar y apoyar a la persona en este proceso, la posibilidad que abre la musicoterapia, como una herramienta más dentro de un equipo multidisciplinar, se debería considerar.

Al complementar el nivel de análisis cuantitativo con los datos procedentes del análisis cualitativo encontramos que la musicoterapia es asociada por las pacientes con una experiencia de relajación. En otras respuestas, las personas del grupo experimental han expresado mejorías en aspectos fisiológicos (mayor bienestar, relajación, respiración, menos dolor...), u otros (capacidad de divertirse, crear) que pueden favorecer una apreciación diferente (a menor o mayor plazo) en cuanto a efectos secundarios, aspectos psicológicos (dar significado a la vida, desesperanza).

Ambos aspectos, los fisiológicos y los psicológicos, intervienen e interactúan directamente en el sufrimiento de la persona. Proveer un alivio a estos síntomas físicos y al sufrimiento mental y espiritual, es una prioridad (o debería serlo) en este tipo de cuidados y unidades.

7.3.3. Calidad de vida (EORTC QLQ C-30)

La calidad de vida cobra cada vez mayor importancia en los estudios de investigación. Es una de las variables sujetos de estudio propuestas por los Institutos de Investigación en Cáncer, de Estados Unidos. La consideración e inclusión de la opinión del paciente en aspectos referentes a la medicación y el tratamiento son mayores. No se trata solo de las condiciones que contribuyen a hacer agradable la vida (RAE, 2001) sino de la percepción subjetiva de la persona, la relación con su estado de la salud, etc.

Esta vida se ve afectada por una cantidad de elementos, no puramente físicos, que influyen e interaccionan continuamente en ella. Desde aspectos o dimensiones más físicas a aspectos más sociales, emocionales, funcionales, cognitivos o espirituales.

Hemos visto como existen distintas escalas que evalúan la calidad de vida, enfocando más en unos u otros aspectos. También nos han alertado de la utilización de síntomas más fisiológicos y/o psicológicos (ansiedad, depresión) como síntomas o ítems para determinar la calidad de vida global, cuando quizá no lo son (Moscoso & Knapp, 2010; Osoba, 1994, en Arrarás et al., 2004). Así mismo, la SEOM aconseja trabajar en el área del tratamiento. Una vez conseguida la reducción de la mortalidad por cáncer, es necesario avanzar en otros aspectos. Y ofrecer herramientas de ayuda y mejora en el tratamiento es una de las vías dónde apuntan las nuevas investigaciones.

En este sentido, la colaboración entre los distintos profesionales que conforman el equipo asistencial es imprescindible para el mayor beneficio del paciente. Nos lo corroboran los criterios establecidos por el programa americano de salud (*medicare*), donde la intervención debe ser prescrita por un médico, incluirse en un plan de tratamiento documentado y el paciente debe obtener algún tipo de mejora (AMTA).

La música es un lenguaje que permite acercarnos a todas estas áreas (física, social, emocional, cognitiva y espiritual), de manera directa o sutil, trabajando especialmente sobre una o sobre todas a la vez. Difícilmente se trabaja una sola dimensión. La música engloba a la persona en su totalidad, y lo hace en el aquí y ahora de la persona. Encaja perfectamente con la definición de salud establecida por la OMS, donde la ausencia de enfermedad no es el único factor determinante.

Cuando además se trabaja a nivel terapéutico, con unos objetivos previamente definidos, que parten de unas observaciones y necesidades, para los cuales se define un plan de tratamiento y un sistema de evaluación (como en nuestra investigación), la influencia en la calidad de vida de la persona parece –a priori- evidente.

La misma definición de musicoterapia, ofrecida por la WFMT (1996) nos menciona la calidad de vida como uno de los objetivos a alcanzar, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento. También la menciona Hanser (2006) cuando lista los beneficios que la musicoterapia puede ofrecer a la población de oncología de adultos. Nos falta demostrarlo en un ámbito más concreto, más práctico.

Es difícil encontrar investigaciones donde la única variable sea la calidad de vida. En la mayoría viene asociada a otras (dolor, bienestar, relajación, ansiedad...). alguna de estas variables (p.ej. dolor) se encuentra como ítem en subescalas de calidad de vida.

De los estudios realizados específicamente con musicoterapia en quimioterapia siete hacen referencia a tests donde se puede valorar la calidad de vida (Bozcuck et al.,

2006; Hanser et al., 2006; Serra et al., 2008, 2011; Straw, 1991; Walker et al., 1999; Xie et al., 2001).

La revisión Cochrane escoge inicialmente cuatro para realizar un meta-análisis sobre el efecto en cáncer, reduciéndolos al final a tres. El número de pacientes evaluados es de 348. Los resultados son muy heterogéneos, con un $p=0.06$. El estudio que más beneficios aporta es el de Xie et al. (2001).

De los estudios valorados por nosotros (Tabla 3) y que hacen referencia a la calidad de vida, anotamos los diferentes tests utilizados: desde el QoL o adaptación de él al contexto socio-cultural del país, como China (Straw, 1991; Xie et al., 2001), al FACT (Hanser et al., 2006), Rotterdam (Walker et al., 1999) o EORTC QLQ C-30 (Bozcuk et al., 2006; Serra et al. 2008, 2011).

En todas estas investigaciones, la intervención con musicoterapia tiende a mejorar la calidad de vida, pero en ningún caso las diferencias son significativas.

Solo una investigación (Straw, 1991) compara dos grupos con música versus un grupo control y constata que la calidad de vida es superior en el grupo en que los pacientes escuchan música, que los pacientes a los que se les realiza una visualización más relajación.

En general, las intervenciones que evalúan esta variable son de tipo pasivo por encima de las de tipo activo (solo hay dos: Hanser et al., 2006; Serra et al., 2011).

En cuanto a las intervenciones pasivas (música y medicina) encontramos selección de música clásica estándar Bozcuk et al. (2006), audición de música relajante para oír en casa (Hanser et al., 2006) o imaginación guiada (Serra et al., 2008), entre otras.

La duración de éstas se alarga, oscilando entre los 45 y 60 minutos. A excepción de una (Bozcuk et al., 2006), todas las intervenciones ocupan varias sesiones, entre cuatro y seis. Quizá es un indicador que para intervenir en un aspecto tan variado y multidimensional como la calidad de vida no es suficiente una sola sesión. Es conveniente diseñar investigaciones que acompañen al paciente a lo largo de su proceso de enfermedad. Establecer un seguimiento muy separado en el tiempo (como marca Hanser et al., 2006, a los tres meses) tampoco tiene un efecto beneficioso para el paciente, pues la distancia entre la última sesión y el seguimiento puede ser superior al tiempo transcurrido mientras se han realizado las sesiones. Y en este caso, los estudios Cochrane descartan la inclusión de este tipo de estudios en su meta-análisis por considerarlos poco consistentes.

En cuanto a musicoterapia activa, además del ya mencionado de Hanser et al., (2006) queremos comentar el estudio previo a este, realizado por Serra et al. (2011). En ese caso solo se contemplaba el grupo experimental. Los resultados mostraron una mejoría en el índice Calidad de vida Global, pero sin llegar a ser una diferencia significativa ($p=0.3212$). Dónde sí hubo diferencias significativas fue en las subescalas de Funcionamiento de Rol ($p=0.0328$) y Funcionamiento emocional ($p=0.0375$). Hubo mejoras en las subescalas de funcionamiento cognitivo y social, pero no fueron significativas. En cuanto a las subescalas de síntomas, mejoraron el dolor, la pérdida de apetito y de problemas económicos.

En la investigación que presentamos ahora (con GC y GE), hemos constatado un descenso en la calidad de vida del grupo control (73.36 \rightarrow 64.69) y un aumento en el experimental (68.94 \rightarrow 73.45). Las puntuaciones de estos grupos van en sentido contrario (véase Tabla 11).

Las estimaciones de las diferencias de medias muestran diferencias significativas en el funcionamiento físico (el grupo control empeora significativamente, $p=0.0071$), el funcionamiento de rol, emocional y cognitivo (el grupo experimental mejora significativamente, con $p=0.0073$, $p=0.0006$ y $p=0.0483$, respectivamente). Vemos, por tanto, un paralelismo con nuestra investigación anterior.

La intervención de la musicoterapia puede haber ejercido un efecto en el grupo experimental, en estas áreas. Los datos cualitativos han recogido la importancia del compartir la experiencia musical con otros pacientes o el equipo, la capacidad de expresar emociones (desde la risa al llanto) o en aspectos cognitivos como focalizar la mente, reflexionar sobre la enfermedad, apreciar el paso del tiempo, etc.:

El hecho que las sesiones se hayan realizado en el mismo hospital de día y que la música en si misma sea una vibración que se expande, facilitan esta mejora en habilidades de rol social. En numerosas ocasiones las sesiones pasaron de individuales a colectivas.

“Lo que pasa es que nos tenéis que juntar las dos (se refiere a la P13) porque el equipo la formamos las dos...” (GE, P16, post q1)

“Estamos vivos, pero yo no me lo esperaba que me hicierais llorar así hoy, eh?” (GE, X11, post q3)
(para más ejemplos, véase el apartado 6.6)

En cuanto a síntomas, el grupo control empeora significativamente en fatiga ($p<.0001$), náuseas y vómitos ($p=0.0034$), pérdida de apetito ($p=0.0008$) y estreñimiento ($p=0.0080$). Es decir, muestra más sintomatología. Añadimos a lo citado antes:

“Me produce cansancio y el estómago se me cierra y me cuesta comer” (GC, P69, pre q2)

“A ver si esta tarde puedo hacerme una siesta y dormir, así no tengo tantas náuseas” (GC, P61, post q2)

También empeora significativamente el grupo experimental en fatiga ($p=0.083$) y puede obedecer a una lógica, comentada también por las pacientes en las sesiones: a medida que el tratamiento avanza, se sienten más cansadas. El cansancio se refiere también al tiempo de estancia en la sala. Curiosamente, ante los dos empeoramientos, el grupo experimental puntúa menos que el control.

“Estoy bien, pero un poco cansada y eso de estar aquí” (GC, P49, pre q2)

En el resto de síntomas, en general, el grupo experimental tiende a experimentarlos en un grado menor que el grupo control.

Cuando comparamos la evolución general entre los grupos (no dentro de cada grupo), la diferencia significativa se mantiene en la Calidad de Vida Global ($p=0.0070$), el funcionamiento de rol ($p=0.0259$), el cognitivo ($p=0.0122$) y la pérdida de apetito (0.0056). Rozan la significación el dolor ($p=0.0513$) y el funcionamiento emocional ($p=0.1101$).

7.4. Sobre la musicoterapia

La música, con sus elementos que la componen (sonido, ritmo, melodía y armonía), es un lenguaje no verbal, universal. Y las personas somos seres innatos a la música. A través de estos elementos realizamos nuestras primeras percepciones y comunicaciones. Nos enriquecemos con estructuras sonoro/musicales procedentes del mundo externo y movilizamos nuestros recursos internos al servicio de la comunicación humana (inter e intrapersonal). Esta interacción con el entorno sonoro se extiende a lo largo de toda la vida (Hemsey de Gainza, 1997).

Ellos son, junto a la relación o vínculo terapéutico que se establece entre paciente y musicoterapeuta, la fuerza del cambio.

El profesional musicoterapeuta debe conocer todos y cada uno de los elementos de los que dispone. Es su herramienta distintiva. La elección de la melodía, el ritmo, la armonía y el timbre para tocar en un momento determinado, no se deben fruto del azar, ni de una intuición. Incluso detrás de una simple improvisación, existe el conocimiento y la integración de muchos aspectos, que en general van más allá incluso de los propiamente musicales.

Como mencionamos, la música interacciona en todos los ámbitos del ser humano (físico, cognitivo, emocional, social y espiritual), y en una unidad hospitalaria es muy natural que todos estos aspectos se encuentren, especialmente en momentos en que la persona se siente frágil y vulnerable y todas sus percepciones están alteradas o condicionadas a diversos factores. Ya citamos algunos de los síntomas o indicadores de estrés (los estímulos aversivos, exposición a estímulos discriminadores de estímulos aversivos, baja predictibilidad) (Ulla, 2003), trastornos como ansiedad y depresión que aparecen en una proporción cercana al 25% (Die, 2003a), etc.

En la musicoterapia hospitalaria, hay muchos aspectos no musicales que deben tenerse en cuenta y que forman parte del aquí y ahora de la situación.

Algunos de estos elementos son externos: los ruidos de la sala (botellas vacías de tratamiento que se tiran con estrépito), el sonido de las alarmas a un ritmo no siempre regular y sincronizado con otras, puertas que se abren y cierran, monitores que indican tempos biológicos (ritmo cardíaco, saturación de oxígeno...), personas en movimiento continuo con/sin las sondas que las acompañan...

Otros son más perceptibles, más cercanos y humanos: el nivel de energía que percibimos en un paciente (ingresado o no); su temperatura; el movimiento corporal; los gestos y la expresión de manos, ojos, rostro y extremidades (puede denotar mucha agitación); la rapidez del habla (quizá indica miedo, cansancio, nervio); el ritmo con que se mueve la caja torácica (rítmica, arrítmica, muy rápida en casos de miedo, lentísima/parada en casos de apnea...), etcétera. La comunicación humana va más allá del lenguaje verbal, es predominantemente no verbal (casi un 80%) (Davis, 2004).

La consideración de la expresión verbal como única fuente de comunicación y valoración puede condicionar la respuesta de la persona. Por otro lado, la dificultad de expresar mediante palabras una experiencia vivida a través de la música, puede dar como resultado respuestas en blanco, cortas o incluso un poco sesgadas (O'Callaghan, 2001).

De aquí la importancia del carácter no verbal de la música. Todos los elementos se configuran y tienen cabida en un marco sonoro-musical, que el musicoterapeuta acoge y le da forma.

La música en directo permite adaptarse continuamente al cambio. No es lo mismo una música pregrabada, donde la melodía va a una velocidad determinada, fijada por el compositor, y es inamovible. Esto obliga a la persona a adaptarse a ese tempo, velocidad, independientemente de su ritmo natural / interno / físico.

De los cinco modelos que la WFMT reconoce oficialmente, el modelo humanista Nordoff-Robins es el que más encaja con nuestra manera de pensar, sentir y entender la musicoterapia. Basado en la improvisación musical, se atribuye a la música determinar las reacciones músico-emocionales del paciente; ser el medio primario de comunicación; proporcionar estímulo y medio de respuesta para el cambio terapéutico, y ser fuente para la evaluación.

En cuanto a la interacción entre terapeuta y paciente existen diferencias según modelos. Así como en ámbitos más psicológicos se diferencian tipologías de personas, estilos de afrontamiento o adaptación al cáncer,... así también en musicoterapia hay diferentes aproximaciones y vínculos entre musicoterapeuta y paciente (modelos donde la palabra como elemento intermediario es prácticamente inexistente –se da este papel a la música; modelos donde la palabra adquiere más importancia...). Cada colectivo con el que se trabaja requiere un abordaje diferente, acorde a sus necesidades. En oncología, un modelo mixto que combina elementos verbales y no verbales resulta beneficioso.

Aspectos técnicos y musicales

De entrada, queremos destacar que es la primera vez (que sepamos en musicoterapia en oncología, especialmente durante la QT) que se analizan los aspectos musicales de una manera tan minuciosa. En las investigaciones a las que hemos hecho referencia a lo largo del estudio, no se mencionan aspectos musicales, excepto en una ocasión: Hanser et al. (2006) hacen referencia a unas técnicas, establecidas como protocolo para conseguir unos objetivos. En primer lugar, determina previamente unas técnicas y unos instrumentos para cada sesión:

- 1ª QT: utilizan una audición pasiva, hacen sugerencias de relajación enfocando en el cuerpo y ofrecen música al paciente para que escuche en casa.
- 2ª QT: utilizan también la audición pasiva e invitan al paciente a improvisar con instrumentos simples de percusión. Sugieren escuchar la música en casa como distracción.
- 3ª QT: ofrecen una audición pasiva o tocar instrumentos, componer una canción y ofrecen *feedback* verbal y escribir respuestas a dos preguntas.

En nuestro caso, hemos optado por no utilizar ningún protocolo, hemos dejado que las personas fueran marcando su propio ritmo.

Otra gran diferencia es el lugar donde se llevan a cabo las sesiones. En nuestro caso siempre es en el hospital de día, durante el tratamiento. En el caso de Hanser et al., a veces las sesiones se llevan a cabo en el hospital de día (pero en un área privada de

infusión) y a veces en una sala de consulta privada. Depende de si la persona recibe tratamiento en ese momento o no.

Tampoco hemos limitado tanto el tipo de instrumento que puede utilizar el paciente. Hemos añadido instrumentos melódicos, sin limitarlos a escalas pentatónicas que garantizan un éxito sonoro, pero encorsetan un poco la creatividad y la exploración sonora.²⁰

Y finalmente, no hemos ofrecido siempre cedés de música para que las personas escucharan en casa (pues la opción de grabar las sesiones era voluntaria, y no todo el mundo quería una copia después). No pretendíamos ni aconsejábamos un objetivo terapéutico concreto ni preestablecido al entregar copias de lo grabado.

Se han descartado en este estudio otros elementos musicales que sí fueron registrados en cada sesión. Aspectos como la tonalidad, la armonía, el compás (binario/ternario), el tempo (la velocidad), la intensidad (volumen) o la dinámica.

Si los hemos dejado atrás ha sido por varias razones: una de ellas, por la dinámica cambiante de la sesión. La otra, por la necesidad de sintetizar.

Cuando la sesión dura unos 40-45 minutos (como es nuestro caso), la persona puede pasar por muchos estados físicos, mentales y emocionales. Estos los recogemos y acompañamos continuamente mediante la música. Al final de la sesión el número de veces que hemos podido cambiar es tan elevado que es difícil de llevar a cabo un buen registro, a no ser que se graben todas las sesiones de manera audiovisual. De lo cual no siempre obtenemos los permisos.

Es por esta razón que en el cuaderno de recogida de datos, anotamos siempre la tonalidad base o que ha predominado, un ritmo determinado... pero es difícil anotarlos todos. Por ejemplo, para relajar una persona, es más fácil que lo consigamos si creamos una melodía de tonalidad menor, que tenga una armonía simple (grados I-IV), la intensidad sea suave, el timbre del instrumento no sea estridente, el tempo sea moderado o lento, el ritmo sea sencillo...

Al observar que todos estos elementos intervienen a la hora de conseguir un objetivo y utilizar una técnica, en unas sesiones donde la dinámica puede ser muy cambiante, hemos optado por sacarlos del análisis del estudio y quedarnos con el objetivo.

Dicho esto, veremos a continuación los elementos que hemos tomado en cuenta a la hora de valorar la intervención de musicoterapia, incluyendo entre estos los objetivos, que aunque no son propiamente musicales, se han trabajado desde la música.

Hemos agrupado los objetivos en seis categorías: *relajar, distraer/focalizar, activar, facilitar la expresión emocional, catarsis, integración y*

La consecución de los objetivos, el paso de uno a otro ha venido apoyado directamente por los aspectos musicales, especialmente las técnicas y los instrumentos utilizados. Veremos cómo han ido apareciendo y se han tratado en función de las necesidades del paciente.

²⁰ Una escala pentatónica se caracteriza por reducir las notas que se pueden tocar a cinco (en lugar de las siete habituales, sin contar las alteraciones). Entre estas notas siempre hay un tono de diferencia (nunca un semitono). El efecto sonoro es que siempre suena bien. Resulta fácil lanzarse a improvisar.

Perspectiva desde la musicoterapeuta

Primera quimioterapia

La **relajación** fue el objetivo más trabajado en el primer ciclo. Aparece registrado en 31,08%. La razón de este objetivo es clara: se adapta a la necesidad del momento. La persona viene a un mundo desconocido, una sala desconocida, un tratamiento del cual ha oído muchas cosas, que tiene unos efectos secundarios que serán visibles a las pocas semanas (caída del pelo), etc. En general no han dormido la noche anterior. El miedo y la ansiedad dominan la situación. Lo hemos visto en los resultados de los tests. Nos lo confirman los resultados de los tests (HADS y Termómetro del estrés) y los datos cualitativos.

Ante esto, relajar. En más de una ocasión nos hemos levantado del lado del paciente de puntillas, sin hacer ruido, dejándolo que durmiera plácidamente.

La manera cómo esta relación se lleva a cabo es mediante el instrumento y la audición de la música en vivo (la técnica más utilizada en la primera sesión, con un registro del 29,6% de los casos). La persona todavía no se siente con mucha fuerza para tocar, está en shock. Responde más a la necesidad de que le ofrezcan algo, un estímulo agradable. Es habitual el oír “toca tu” en la primera sesión. Se corresponde con el ciclo en que el paciente no toca ningún instrumento el mayor número de veces (23).

La musicoterapeuta, en ese momento, ofrece algún minuto de música a la persona. La música que ejecutará, especialmente este día, cuando todavía el vínculo no está claramente establecido y el primer objetivo es relajar, es una música suave, de tipo modal, propiciada por las características técnicas del instrumento más utilizado por la musicoterapeuta: el arpa.

La tonalidad, el tempo, la dinámica (los elementos que no hemos incluido en el estudio) se adaptarán al ritmo respiratorio, la posición corporal, el gesto físico, la velocidad del habla y movimiento de las manos del paciente. Se da una simbiosis entre el aspecto más físico y el emocional a través de la música. En musicoterapia es conocido como *principio de ISO*. Una vez establecido este puente, la música acompañará al estado más propicio para la persona. En este caso reducirá el tempo, para que la persona pueda respirar más tranquilamente, relaje la musculatura, se sienta mejor, etc.

En el primer ciclo es más frecuente que se den casos de expresión emocional fuerte, tipo **catarsis** (un 5,4%). Las personas se sienten con la confianza de expresarlo.

El segundo aspecto más trabajado durante el primer ciclo es el **focalizar/distraer**. El pensamiento de la persona va y viene sin parar, observa cualquier recóndito de la sala, los papeles con la información escrita, las bolsas de tratamiento, pregunta... Es por esta razón, que el segundo objetivo (por lógica) es el de focalizar/distraer. Por un lado, focalizar en la actividad musical, en la exploración del instrumento (el arpa y su técnica triunfan), o en la concreción de las preferencias musicales de la persona, su historia musical. Por otro, empezar a dar momentos de respiro, de distracción, en que la persona pueda salir del mundo interno en el que estaba al principio. Está invitada a participar, a tocar, a comentar aquellos aspectos musicales que la audición de la música en vivo le ha suscitado.

Es en este momento cuando se ha puesto de evidencia la visualización. Representa un 18,7% de las técnicas a las cuales se recorre en el primer ciclo. La persona en

muchas ocasiones ha cerrado los ojos, se ha imaginado, visualizado en una situación agradable, positiva, relajante. A veces, ha acompañado al musicoterapeuta con algún instrumento (especialmente de pequeña percusión). La improvisación instrumental es la tercera técnica más utilizada (17,1%).

Con la improvisación instrumental la persona está más **activa** y es capaz de empezar a **expresar emociones** de una manera verbal o musical. Estos son el tercer y cuarto objetivos más trabajados durante la primera quimioterapia. Fomentamos siempre la vertiente musical, que permitirá encontrar canciones que les permitan distraer o profundizar un poco más y buscar aquellas que empatizan más con sus emociones.

La socialización y la integración de elementos externos están todavía en unos niveles muy bajos (6,07% y 4,05% respectivamente). La persona se mantiene mucho en su mundo interno, su espacio o burbuja protectora, limitado incluso físicamente por la butaca donde se sienta. Desde allí observa y empieza abrirse, a compartirlo, siempre en el momento en que ella decide y acompañada desde la música.

Segunda quimioterapia

La evolución natural de la persona tiende a una mayor apertura, hacia el exterior, pero también hacia el interior. Han pasado tres semanas y algunos efectos del tratamiento son evidentes (caída del pelo para la mayoría de las pacientes). Empiezan a surgir y compartir reacciones (suyas o de otros familiares/personas), reflexiones profundas, internas, se elaboran prioridades, se valoran aspectos de la vida que quizá antes no habían sido tenidos en cuenta...

Musicalmente intentamos que la persona pase de una actitud pasiva a otra más activa, que sienta control. Para aquellos que todavía no se han estrenado tocando, es una buena oportunidad para que, con los instrumentos, sigan el ritmo de alguna canción escogida por ellos, o se atrevan a alguna improvisación. Para los que ya lo habían hecho, dar salida a la voz y expresar emociones. Ellos deciden.

El número de técnicas se incrementará, así como también el número de instrumentos. Será el ciclo donde **más instrumentos** se tocarán (23 instrumentos, que representan un 37,7% del total). Si en el primer ciclo el tipo de instrumentos melódicos y de percusión era muy parecido (había todavía una predominancia de instrumentos que producen efectos suaves y relajantes –kalimba, palo de lluvia, arpa), en el segundo ciclo, la percusión ya coge las riendas.

Los instrumentos acompañarán a la voz, que en este ciclo ha optado por canciones del repertorio popular español, cantautores (españoles y extranjeros), música pop y una religiosa.

La musicoterapeuta continuará tocando en muchas ocasiones el arpa, para acabar de acompañar a personas que necesitan momentos de relajación (se mantiene la música de tipo modal, pero con la inclusión de piezas de música clásica –propias de la historia musical de la persona- que tienen un marcado carácter relajante).

Tercera quimioterapia

La persona, al llegar a la tercera quimioterapia, empieza a notar más cansancio en el cuerpo, se siente más pesada. Los efectos secundarios de la medicación empiezan a acumularse y notarse.

En este ciclo observamos cómo la evolución de algunas técnicas ha ido en sentido totalmente contrario.

Las dos técnicas más utilizadas en el primer ciclo (audición de la música en vivo y visualización), y que representaban un 48,4% de las técnicas utilizadas, decaen en su uso, que se reduce hasta el 14%.

Esto va correlacionado con el objetivo al cual respondían: la relajación. Esta no se extingue del todo, se mantiene a un nivel más bajo (12,2%). Quizá es debido a que algunas personas ya anticipan cambios futuros (final de tratamiento el próximo ciclo) o que simplemente disfrutaban con unos minutos de relajación antes de pasar a otra actividad musical.

La persona ha evolucionado, ha aumentado su capacidad de involucrarse en la música y en su propio proceso curativo, de participar y tomar decisiones que afectan a su bienestar momentáneo (comprobado a través del termómetro del estrés en cada ciclo)... sus necesidades ya no son las mismas, los objetivos han cambiado y, por tanto, las técnicas que facilitan estos cambios, también.

En el tercer ciclo, el objetivo más trabajado ha sido la **expresión de emociones** (31,3%), seguido del **activar** (17,7%) y **socializar** (12,2%).

En cuanto a la activación, muchas veces la llevamos a cabo cuando, quizá por efecto de la medicación antiemética, quizá por los nervios de la noche anterior, el cansancio acumulativo producido por los efectos de la quimioterapia, la persona está en un estado bastante decaído. En general son personas activas y que suelen responder a la música. Es por esta razón que insistimos y activamos a un nivel más físico, que luego se corresponderá con otras dimensiones.

Otro aspecto a mencionar es la socialización. Las personas se conocen, el vínculo terapéutico es más fuerte, la confianza mayor, se atreven a tocar más fuerte, a cantar más en público... Esto favorece que personas cercanas se incorporen al canto, facilitando una auténtica red de apoyo, al mismo tiempo que comparten momentos de gran distracción y aumenta el estado de ánimo. Se incorporan fácilmente a este cantar colectivo las enfermeras e incluso algún familiar que en ese momento pasa por allí.

Este aspecto es muy interesante y puede ser indicativo de la diferencia significativa en la subescala de funcionamiento de rol. También favorece la normalización del entorno, la aceptación del hospital, la sala de día, el personal sanitario... pues no se saca la persona de la sala habitual y se realiza en una sala de infusión individualizada, o en una sala de consulta privada. Se realiza en un entorno colectivo, con personas que reciben al mismo tiempo tratamiento y que, en la mayoría de casos, difieren de tipo de cáncer.

Las técnicas musicoterapéuticas que se correlacionan con esto son, por orden de utilización, el cantar (34,6%) y la composición de canciones (18,6%). La persona, ocupada ahora en esta técnica, dedicará menos tiempo a escuchar música en directo y a la improvisación (a menudo tiene que aguantar la letra escrita mientras la musicoterapeuta toca), aunque a veces acompaña con instrumentos de percusión las

canciones. Tocar aumenta a un 9,3%. Se dedica también más espacio al análisis lírico de las canciones, profundizar en su significado (vinculado al cantar), aunque la misma composición de canciones ya requiere un trabajo importante no solo de expresión emocional sino también de profundización interna previa. Compone canciones de reflexión sobre la vida (por ejemplo “Un canto a la oportunidad”), de agradecimiento, habla del tratamiento y el equipo, del cierre, de otras pacientes..., pero sobretodo, las dedica a sus seres queridos –marido, hijo, nieto, gato... o Dios (pueden verse algunos ejemplos en el anexo 6).

El musicoterapeuta utilizará más instrumentos melódicos (guitarra y teclado cobran más fuerza), que le ayudarán a dirigir la sesión hacia esta expresión de emociones.

En este ciclo se recurrió una vez al uso de la escritura y la pintura como recurso terapéutico. Fue en la fiesta de reyes. Se solicitó que la persona expresara en su “carta a los reyes magos” los deseos para el año que entraba. Se acompañó de un dibujo. A partir de la temática aparecida (un viaje), se realizó una improvisación vocal, acompañada de arpa, con esos deseos que habían sido expresados con la imagen.

Finalmente, y para acabar, mencionar todavía un objetivo que no ha aparecido hasta el momento: **integrar**. Su uso aumenta tímidamente entre el primer y el tercer ciclo (del 4,05% al 6,6%). Las razones de su evolución son más fortuitas, pues dependen de elementos externos para que se produzcan (disparo de las alarmas, melodías de los teléfonos móviles, etc.). No se ha hecho muchas veces, pero en alguna ocasión, la integración de la alarma ocupó a toda una fila de personas y duró 13 minutos, cuyo recuerdo todavía permanece en la mente de los participantes y en una grabación audiovisual.

Perspectiva desde la paciente

La persona toca, escucha, canta, siente... e intenta ponerle palabras para exteriorizar su experiencia hacia nosotros y hacerla comprensible.

Para ella, no hay sesiones ni objetivos según las quimioterapias. Quizá no observa o es consciente de un avance lineal y progresivo, quizá no manifiesta secuencialmente su paso de la interiorización a la exteriorización, ni cuenta el número de veces que menciona una técnica (prioriza el cantar, seguido de improvisar, escuchar-componer, y bailar)... Pero nos lo dice con sus propias palabras, en un estilo claro y directo. Queremos resaltar algunos aspectos:

-Valora la música y, sobretodo el arpa, como elemento que le transmite tranquilidad y bienestar, en una sala ruidosa y unos momentos delicados:

“Aquí estoy escuchando, aunque es difícil relajarse aquí, pero sí, más relajada” (GE, P14, post q31)
“Mejor, mucho mejor!” (GE, P38, post q1)

- Disfruta de la música, le gusta la escucha. Aunque quizá es la técnica más utilizada (al principio –para relajar), valora especialmente sus capacidades (empoderamiento), el “poder hacer”, crear, improvisar:

“En mi vida me hubiera imaginado que pudiera estar tocando y llevar el ritmo, cantar y bailar” (GE, P10, post q2)

-Cantar y componer canciones, quizá lo más difícil en cuanto a nivel técnico, lo valora especialmente. Le permite expresarse emocionalmente.

“Hemos hecho una canción muy bonita, por lo menos sentida” (GE, P17, post q2)

-Disfruta, ríe, mejora su estado de ánimo:

“Esta mañana no estaba tan bien, pero ahora sí, después del canto” (GE, P40, post q3)

-Comparte con familiares que la visitan, otros compañeros, personal sanitario o gente de su entorno social.

“La música también la estaba escuchando para ella (hija) que la estaba escuchando” (GE, P29, post q1)

“Y además a todas las gentes a quien les voy contando y demás se quedan entusiasmados” (GE, P22, post q2)

-Se concentra y focaliza en el presente:

“Me he concentrado en la música, he estado más metida” (GE, P9, post q2)

“Estoy aquí más entretenida. La atención está en eso” (GE, P48, post q3)

-Aunque a veces, con la música vuela hacia paisajes suyos queridos:

“Esta música me recuerda a Sanabria, no sé porqué, unas ganas de ir a ver mi castillo! Yo no sé si es que asocio el castillo y el río a la música así... es que es oírlo y ponerme allí” (GE, P10, post q3)

-Agradece la posibilidad de recibir esta experiencia, que le permite situarse de otra manera en la enfermedad y quizá, sacar un aprendizaje para el tratamiento y su vida:

“El último día vamos a tener que cantar “lástima que terminó el ciclo de hoy, en vez de el festival” (GE, P12, post q2)

“He visto que tengo una fuerza distinta para poder afrontarlo” (GE, P38, post q1)

Final

Llegamos al final. Quizá le correspondería una técnica que facilitara la catarsis, o quizá tocar un instrumento y dejar que su sonido fuera diluyéndose hasta apagarse y hacerse el silencio... el número de posibilidades es infinito.

Lo que hemos intentado reflejar aquí es lo que ha pasado a lo largo de la intervención con musicoterapia, de todas las sesiones registradas para llevar a cabo este estudio.

Todo ha formado parte de una evolución natural de la persona a la que la música, de manera armoniosa y con respeto a su proceso y el entorno, ha ido acompañando.

Los resultados han sido reflejados en los resultados descriptivos cuantitativos y en los cualitativos, antes y después, a corto y largo plazo. Las diferencias significativas en relación al grupo control así lo demuestran.

A veces los beneficios son inmediatos y con un efecto corto, pero no por ello dejan de ser importantes y valiosos para la persona que los vive (O'Callaghan, 2001).

Nos alegramos que también lo sean a largo plazo, de acuerdo a otros musicoterapeutas que nos han precedido (Hanser et al., 2006).

Y abogamos por una puesta en práctica de una musicoterapia centrada en la persona, con su musicalidad, capacidad y libertad creativa, desde una medicina integral e integradora.

7.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La investigación presentada tiene limitaciones, y de aquellas que somos conscientes las exponemos a continuación:

1. Derivación. Se realizó de manera muy directa, a través de los propios equipos de medicina y enfermería, según la planificación de las visitas programadas al servicio de oncología médica.
2. División de los grupos. Las condiciones de la sala, donde podían confluír ambos grupos y por tanto, conllevar sesgo en las respuestas de las pacientes, obligaron a pasar de una división por azar o aleatoria a otra consecutiva, completándose primero el grupo experimental. Este diseño no permite hacer conclusiones causales ni descartar que otras variables que no se han medido puedan intervenir de modo significativo en la evolución.
3. Tamaño de la muestra. El número final de pacientes completados podría resultar reducido (69), aunque se trata de la investigación realizada hasta el momento que utilizando musicoterapia activa consigue una muestra final mayor.
4. Generalización de la muestra. El estudio se ha centrado exclusivamente en cáncer de mama precoz. Los resultados no son extrapolables a otros tipos de cáncer y situaciones de enfermedad.
5. Duración del estudio. En general, el costoso reclutamiento de pacientes con criterios de selección acotados y períodos de intervención largos, se refleja en investigaciones con poco número de muestra o intervenciones cortas. En nuestra investigación tardamos dos años hasta completar el número de pacientes previsto para el grupo experimental (mínimo 30). Nos situamos en la media de las pocas investigaciones que, en este ámbito se han realizado hasta la actualidad.

El hecho que la intervención con musicoterapia fuera de carácter semanal condicionó el largo período de reclutamiento del GE. En cambio, la disposición y apoyo del equipo de enfermería propició una recogida de datos del GC muy rápida (inferior a un año).

6. Pérdida de muestra. El grado de pérdida de pacientes fue diferente entre el grupo experimental (14 pacientes, un 26,9%) y el grupo control (5 pacientes, un 13,8%). El grupo experimental estuvo condicionado por la menor disponibilidad o presencia de la musicoterapeuta en la unidad. Fue condicionado por cambios de día en el tratamiento (por resultados de analíticas) o aspectos personales (negativa de un familiar), ingreso hospitalario o abandono.

En el GC la pérdida de muestra se debió más a la pérdida de datos por parte del equipo (40%, dos personas), pero también por cambio de día, cambio de unidad como lugar de tratamiento o suspensión de la quimioterapia por no ser efectiva (20% cada uno).

En ambos grupos hubo elementos externos (período vacacional, fiestas estatales u organizaciones internas de la unidad) que condicionaron el seguimiento de las pacientes y la consecuente pérdida de datos de la muestra.

A pesar de esto, el porcentaje de pérdida es bastante inferior en relación con otros estudios a nivel musicoterapéutico o psicológico en el mismo ámbito, con lo que el grado de participación y adherencia es elevado.

7. Comparación de resultados. La escasez de estudios precedentes, sin réplicas exactas, nos permiten solo observar tendencias, no generalizar.

Se tendrá que tener en cuenta además la variedad de países y continentes en los que se están llevando a cabo. Estas diferencias serán quizá más evidentes en aspectos de tipo musical, que en los tests propiamente utilizados, pues están estandarizados a nivel internacional.

8. Datos cualitativos. Son recogidos de distinta manera (audiovisual o escrita) según disponibilidad del equipo y deseo del paciente. Esto determina un volumen diferente de datos.

Los datos son relativos a un grupo específico y reducido de muestra, con unas condiciones clínicas y sociodemográficas determinadas.

Esta manera de trabajar puede haber influenciado o sesgado la interpretación de los resultados.

9. El equipo sanitario. Es muy sólido, con una amplia experiencia en el mundo oncológico. Se designan una médico y dos enfermeras para llevar a cabo la derivación y recogida de datos. Dicha homogeneidad puede haberse visto alterada en momentos puntuales por cuestiones de planificación interna.

10. La musicoterapeuta. La intervención fue llevada a cabo por una musicoterapeuta colaboradora externa al HULP. Posibles cambios en la organización, personales, etc. han podido dificultar el seguimiento al completo por parte de esta.

11. Al tratarse de una investigación cuyo elemento distintivo es la música como herramienta terapéutica, los aspectos musicales han sido descritos y observados brevemente, pero no incorporados ni como variables del estudio ni en las hipótesis. Es la primera vez en este ámbito que estos aspectos se tienen en cuenta a la hora de dar a conocer los resultados. La importancia de estos elementos y la necesidad de documentarlo es clave para poder atribuir a la musicoterapia no solo el beneficio a la persona, sino también para ir discriminando y aplicando los elementos musicales que puedan ser más efectivos para la obtención de los resultados en un espacio de tiempo menor.

7.7. PROPUESTAS PARA FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

1. Ampliar la intervención a todo el proceso quimioterápico. A pesar de la dificultad para completar la muestra cuando el estudio se alarga en el tiempo, en función de la literatura científica, los resultados y la experiencia adquirida en el hospital de día, sería recomendable prolongarlo. Se incluirían todos los ciclos de tratamiento y por otro lado, se podría incluir un periodo de seguimiento más largo. Con este diseño algunas variables indicadoras de calidad de vida (como funcionamiento físico o emocional, o síntomas como náuseas o dolor) podrían ser tratadas de otra manera y se podrían obtener mejores resultados a largo plazo.
2. Incluir otros tipos de cáncer y situaciones de enfermedad en las investigaciones, para así poder comparar resultados y establecer puentes entre investigaciones, equipos médicos, disciplinas y personas.
3. Añadir los aspectos musicales como variables dependientes de los estudios y hacer más minucioso el análisis de estas variables.
4. Intentar diseñar ensayos clínicos con asignación y evaluación independiente y ciega a la pertenencia del grupo de cada paciente. En cuanto a datos cuantitativos, abogamos por validar tests y estudios que incidan en aspectos psicológicos positivos, como mentalidad positiva, percepción de alegría ante una intervención musicoterapéutica, significado de la vida, etc.
5. Prevenir y reducir síntomas psicológicos y fisiológicos (ansiedad, depresión, náuseas, mareos, etc.) interviniendo con musicoterapia en la sala de espera.
6. Afianzar estudios donde se combine metodología cuantitativa y cualitativa. Se obtendría un mayor conocimiento de las preocupaciones, necesidades y recursos del paciente que permitan diseñar y evaluar intervenciones terapéuticas más eficaces e integrales.
7. Considerar investigaciones de carácter más sistémico. Fruto del análisis cualitativo y viendo el grado de incidencia de cáncer en las familias, sería bueno incluir a los familiares / cuidadores en la intervención, ya sea recogiendo su percepción en cuanto a la calidad de vida; ya sea anotando cómo revierte en ellos una sesión de musicoterapia, o incluyéndolos en programas específicos para ellos (participando en sesiones con pacientes en la sala de espera, o en intervenciones grupales exclusivas para cuidadores mientras su familiar recibe el tratamiento).
8. Evaluar el impacto de la musicoterapia en pacientes que no participan en el estudio (ni como grupo experimental ni control), pero que coinciden en la sala de quimioterapia durante la intervención terapéutica.
9. Incorporar más al personal médico y sanitario en los estudios, ya sea incorporando algunas rutinas habituales en el tratamiento como variables de estudio (toma de presión arterial, control del peso.. que puedan ser indicadores de ansiedad, adherencia terapéutica...); viendo cómo las sesiones de musicoterapia afectan en su rutina de trabajo y ambiente laboral; o diseñando intervenciones grupales específicas para ellos que incidan en prevención del estrés (*burn-out*), gestión emocional, facilitación del trabajo en equipo, etc.
10. Intentar establecer correlaciones entre efectos de la musicoterapia y parámetros fisiológicos, especialmente del sistema inmunitario o marcadores e

indicadores que son analizados de forma rutinaria en los controles previos a los tratamientos.

11. Diseñar intervenciones multicéntricas, para establecer protocolos y comparaciones dentro de la población española (en primer lugar) y extrapolarlo y compararlo después a nivel internacional.

8. CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

Presentamos ahora las conclusiones de dicho estudio y lo hacemos, en primer lugar, con las variables cuantitativas, en segundo lugar, con el análisis del discurso y, en tercer lugar, con los aspectos musicales.

Sobre los resultados cuantitativos:

1. A corto plazo, la ansiedad (medida pre-post sesión con el Termómetro del estrés, ciclos 1 a 3) se reduce en todos los ciclos del grupo experimental, siendo significativa en los ciclos 2 y 3. Estos datos dan apoyo parcial a la primera hipótesis.

Y la sintomatología depresiva (pre-post sesión) se reduce significativamente en todos los ciclos en el grupo experimental. Estos datos dan también apoyo a la hipótesis.

2. A largo plazo, la Calidad de Vida Global (medida con el EORTC QLQ-C30, en los ciclos 1 y 4). Aumenta en el grupo de musicoterapia y se reduce significativamente en el grupo control. Aunque el diseño no permite hacer hipótesis respecto a la causalidad, este resultado alienta a proseguir investigando en el área. Apoya la hipótesis.

En cuanto a las subescalas de funcionamiento, el grupo experimental mejora significativamente en funcionamiento de rol, emocional y cognitivo. Se mantiene estable en el funcionamiento social y obtiene diferencia significativa (por empeoramiento del grupo control) en el funcionamiento físico. Los datos apoyan la hipótesis.

En síntomas, el grupo experimental presenta menor sintomatología que el grupo control en casi todas las subescalas, llegando a ser significativa en la pérdida de apetito. Estos datos dan apoyo parcial a la primera hipótesis.

3. Por lo referente a ansiedad y depresión a largo plazo (medidas con el HADS, en los ciclos 1 y 4) la ansiedad se reduce significativamente con musicoterapia en el grupo experimental, mientras el grupo control se mantiene estable. Los datos apoyan la hipótesis.

La sintomatología de depresión se reduce entre el 1º y 4º ciclo en el grupo experimental, mientras que en el grupo control crece significativamente. Los datos apoyan la hipótesis.

La diferencia de evolución entre ambos grupos es significativa en las dos variables.

Análisis del discurso

Las técnicas de investigación cualitativa se han demostrado útiles para corroborar, profundizar y completar los datos cuantitativos, aportando la visión o perspectiva de las pacientes.

El análisis del discurso se enfoca en tres grandes bloques o temas: la experiencia de la enfermedad, el tratamiento y la musicoterapia.

4. La musicoterapia incide en el bienestar y mejoría de la persona a lo largo de la sesión, que se manifiesta en una mayor relajación, tranquilidad y mejora del estado de ánimo.
5. Las pacientes del grupo experimental reportan menor sintomatología de ansiedad y depresión después de la sesión, que en el grupo control.
6. Las mujeres participantes en las sesiones de musicoterapia mostraron más capacidad y recursos de afrontamiento activo (exteriorización de sentimientos a nivel verbal y no verbal, actividades de conexión con la vida, contacto con la naturaleza, o autocuidado) que las participantes del grupo control.
7. La musicoterapia muestra una relación y percepción del paso del tiempo diferente: el ciclo se hace más corto, cambia estados de ánimo negativos debidos al proceso quimioterápico (como tiempos de espera) y posiciona la persona en una perspectiva más amplia, de cambio y esperanza.
8. Las mujeres del grupo experimental reportan capacidad de disfrutar de la música y de su capacidad de hacer/crear en el aquí y ahora.
9. Finalmente, la intervención con musicoterapia se valora como una ayuda, un recurso a añadir en el bagaje personal de la paciente, y se recomienda su ampliación.

Aspectos musicales

10. Trabajando con la música en directo, los instrumentos melódicos actúan como elemento facilitador y conductor de la sesión, mientras que el paciente se acoge más a los instrumentos percusivos.
11. Las técnicas activas, como cantar y tocar/improvisar, predominan en el uso y preferencias del paciente.
12. La facilitación de la canalización y expresión de emociones se manifiesta especialmente a través de la historia musical, improvisación y composición de canciones.
13. La musicoterapia, aplicada en un contexto hospitalario y de manera individual con la persona durante su ciclo de quimioterapia, puede ser beneficiosa para el paciente y abogamos por la inclusión de este tratamiento en un equipo multidisciplinar.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaronson, NK., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, NJ. et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Aldridge, D. (1993). *Music therapy research and practice in medicine*. London: Jessica Kingsley.
- Allen, J. (2010). *The effectiveness of group music and imagery on improving the self-concept of breast cancer survivors* (Tesis doctoral). Philadelphia, Temple University, USA.
- Almanza-Muñoz, J.J. & Holland, J.C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, vol. 46 (3), 196-206.
- Alonso, J., Antó, JM. & Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*, 80, 704-708.
- Alvin, J. (1984). *Musicoterapia*. Barcelona: Paidós Educador.
- American Music Therapy Association. Recuperado el 23 de abril de 2008, de <http://www.musictherapy.org>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4a. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, B., Farrar, W., Golden-Kreutz, D., Glaser, R., Emery, C., Crespin, T. et al. (2004). Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22(17), 3570-3580.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. París: Editorial Dunod.
- Arrarás, J.L., Ilarramendi, J.J. & Valerdi, J.J. (1995). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQ-C30 (versión 2). Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1), 13-33.
- Arrarás, J.I., Martínez, M., Manterota, A. & Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, vol. 1(1), 87-98.
- Badia, X., Salamero, M. & Alonso, J. (2002). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Edimac.
- Badia, X., Schiaffino, A. & Segura, A. (1998). Using the EuroQol 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Quality of Life Research*, 7, 311-322.

- Bageneta, I. (1997). Work-in-progress: una aproximación heurística al proceso de la composición musical. En P. Del Campo (Coord.), *La música como proceso humano* (pp. 155-184). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Bardia, A., Barton, D.L., Prokop, L.J., Bauer, B.A. & Moynihan, T.J. (2006). Efficacy of Complementary and Alternative Medicine Therapies in relieving cancer pain: a systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, vol. 24(34), December, 5457-5467.
- Bennett, T. & Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55, 364-379.
- Binns-Turner, PG. (2008). *Perioperative music and its effects of anxiety, hemodynamics, and pain in women undergoing mastectomy* (Tesis doctoral). Alabama: University of Alabama.
- Borràs, X. & Bayés, R. (2003). Psiconeuroinmunología y cáncer. En M. Die (Ed.), *Psico-oncología* (pp. 691-705). Madrid: Ades Ediciones.
- Bottomley, A. (1998). Depression in cancer patients: a literature review. *European journal of cancer care*, 7, 181-191.
- Bozcuk, H., Artac, M., Kara, A., Ozdogan, M., Sualp, Y., Topcu, Z. et al. (2006). Does music exposure during chemotherapy improve quality of life in early breast cancer patients? A pilot study. *Medical science monitor*. 12(5), May, CR200-5.
- Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D. & Magill, L. (2011). *Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients (Review)*. The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub2.
- Brauer, J.A., El Sehamy, A., Metz, J.M. & Mao, J.J. (2010). Complementary and alternative medicine and supportive care at leading cancer centers: a systematic analysis of websites. *Journal of alternative and complementary medicine*, 16(2), Feb., 183-186.
- Bruscia, K. (1999). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. Vitoria: Agruparte.
- Bulfone, T., Quattrin, R., Zanotti, R., Regattin, L. & Brusaferrò, S. (2009). Effectiveness of music therapy for anxiety reduction in women with breast cancer in chemotherapy treatment. *Holistic nursing practice*, 23(4), 238–242.
- Bunt, L., Burns, S. & Turton, P. (2000). Variations on a theme. The evolution of a music therapy research programme at the Bristol Cancer Help Centre. *British Journal of Music Therapy*, 14(2), 62-69.
- Burns, S. (2001). The effect of the bonny method of guided imagery and music on mood and life of quality of cancer patients. *Journal of music therapy*, 38(1), Spring, 51-65.
- Burns, S.J., Harbuz, M.S., Hucklebridge, F. & Bunt, L. (2001). A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center. *Alternative therapies in health and medicine*, 7(1), 48-56.
- Burns, D.S., Sledge, R.B., Fuller, L.A., Daggy, J.K. & Monahan, P.O. (2005). Cancer

- patient's interest and preferences for music therapy. *Journal of music therapy*, 42(3), Fall, 185-199.
- Cai, G., Qiao, Y., Li, P. & Lu, L. (2001). Music therapy in treatment of cancer patients. *Chinese Mental Health Journal*, 15(3), 179-181.
- Capuron, L., Ravaud, A., Gualde, N., Bosmans, E., Dantzar, R., Maes, M. & Neveu, J. (2001). Association between immune activation and early depressive symptoms in cancer patients treated with interleukin-2-based therapy. *Psychoendocrinology*, 26, 797-808.
- Carlson, L.E., Speca, M., Patel, K.D. & Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 448-474.
- Carlson, L.E. & Bultz, B.D. (2008). Mind-body interventions in oncology. *Current treatment options in oncology*, 9(2-3), Jun, 127-134.
- Cassileth, B.R., Vickers, A.J. & Magill, L. (2003). Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: a randomized controlled trial. *Cancer*, 98(12), 2723-2729.
- Cella, D., Tulsky, D., Gray, G., Sacafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M. et al. (1993). The functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and validation of the general measure. *Journal of clinical oncology*, 11(3), 570-579.
- Clark, M., Isaacks-Downton, G., Wells, N., Redlin-Frazier, S., Eck, C., Hepworth, JT., et al. (2006). Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. *Journal of music therapy*, 43(3), 247-265.
- Contrada, R.J., Leventhal, H. & O'Leary, A. (1990). *Personality and Health. Handbook of Personality*. New York, The Guilford Press.
- Corbella, J. (2009). 40.000 años de música. *La Vanguardia*, 25-6-2009.
- Danhauer, S.C., Vishnevsky, T., Campbell, C.R., McCoy, T.P., Tooze, J.A., Kanipe, K.N., et al. (2010). Music for patients with hematological malignancies undergoing bone marrow biopsy: a randomized controlled study of anxiety, perceived pain, and patient satisfaction. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, vol.8(4), 140-147.
- Davis, F. (2004). *La comunicación no verbal*. Madrid: Alianza editorial.
- Diccionari Enciclopèdic de Medicina. (2000). Barcelona: Diccionaris de l'Enciclopèdia (2ª. ed.). Recuperado el 19 junio de 2006, de <http://www.grec.net/home/cel/mdicc.htm>
- Die, M. (2003a). Los trastornos del estado de ánimo. En M. Die (Ed.), *Psicooncología* (pp. 347-363). Madrid: Ades.
- Die, M. (2003b). La investigación en psico-oncología. En M. Die (Ed.), *Psicooncología* (pp. 770-777). Madrid: Ades.
- Dileo, C. (1997). El proceso musical en pacientes médicos. En P. Del Campo (Coord.).

- La música como proceso humano* (pp. 245-260). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Dileo, C. & Bradt, J. (2005). *Medical music therapy: a meta-analysis & agenda for future research*. Cherry Hill: Jeffrey Books.
- European Organization for Research and Treatment of Cancer. Recuperado el mes de junio de 2006, de <http://www.eortc.be>
- EuroQol Group. (1990). Euroqol-a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- Evans, D. (2002). The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 37, 8-18.
- Ezzone, S., Baker, C., Rosselet, R. & Terepka, E., (1998). Music as an adjunct to antiemetic therapy. *Oncology Nursing Forum*, 25(9), 1151-1156.
- Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, vol. 16(1), 51-74.
- Fernández, A.I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, vol 1(2-3), 169-180.
- Ferrer, A. (2007). The effect of live music on decreasing anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment. *Journal of music therapy*, XLIV(3), 242-255.
- Frank, J. (1985). The effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy induced nausea and vomiting. *Oncology Nursing Forum*, 12(5), 47-52.
- Gaston, E.T. (1968). El hombre y la música. En T. Gaston et al., *Tratado de musicoterapia* (pp. 27-49). Buenos Aires: Paidós.
- Gimeno, M. (2010). The effect of music and imagery to induce relaxation and reduce nausea and emesis in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Music and Medicine*, 2(3), 174-181.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Gómez-Vela, M. & Sabeh, E.N. (2000). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Recuperado en 2008, de <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- Gruber, B.L., Hall, N.R., Hersh, S.P. & Waletzky, L. (1993). Immunological responses of breast cancer patients to behavioral interventions. *Biofeedback and self-regulation*, 18, 1-22.
- Guillén, B. & Serra, M. (2010). Musicoterapia y hemodiálisis. En P. Martí & M. Mercadal Brotons, *Musicoterapia en medicina. Aplicaciones prácticas* (pp. 151-164), Barcelona: Editorial Médica JIMS, SL.
- Gurevich, M., Devins, G.M. & Rodin, G.M. (2002). Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43(4), 259-281.

- Hann, D.M., Baker, F., Roberts, C.S., Witt, C., McDonald, J., Livingston, M., Ruiterman, J. et al. (2005). Use of complementary therapies among breast and prostate cancer during treatment: a multisite study. *Integrative Cancer Therapies*, 4(4), 294-300.
- Hanser, S. (2006). Music Therapy in Adult Oncology: Research issues. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, vol. 4(2), 62-66.
- Hanser, S., Bauer-Wu, S., Kubiecek, L., Healey, M., Manola, J., Hernández, M. & Craig, B. (2006). Effects of a music therapy intervention on quality of life and distress in women with metastatic breast cancer. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, Vol. 4(3), Summer, 116-124.
- Harper, E.I. (2001). *Reducing Treatment-Related Anxiety in Cancer Patients: Comparison of Psychological Interventions* (Disertación). Southern Methodist University, USA.
- Hemsey de Gainza, V. (1997). Dos contribuciones al abordaje y comprensión de los procesos musicales. En P. Del Campo (Coord.), *La música como proceso humano* (pp. 115-140). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Hilliard, R. (2003). The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *Journal of music therapy*, 40(2), 113-137.
- Hilliard, R. (2005). Music therapy in hospice and palliative care: a review of the empirical data. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2(1), 173-178.
- Hlubocky, F.J., Ratain, M.J., Wen, M. & Daugherty, C.K. (2007). Complementary and alternative medicine among advanced cancer patients enrolled on Phase I trials: a study of prognosis, quality of life, and preferences for decision making. *Journal of clinical oncology*, vol. 25(5), 548-554.
- Holland, J.C. (1984). New clinical issues in cancer care: Research implications. *Current concepts in psycho-oncology*. Syllabus of the post-graduate course (Sept.17-19, pp. 1-5). New York: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center.
- Holland, J.C. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206–221.
- Holland, J.C. & Chertkov, L. (2001). Clinical Practice Guidelines for the Management of Psychosocial and Physical Symptoms of Cancer. En K.M. Foley, H. & Gelband, H. (Eds), *Improving palliative care for cancer* (pp. 199-232). Washington: National Cancer Policy Board.
- Howard, A.F., Balneaves, L.G. & Bottorff, J.L. (2007). Ethnocultural women's experiences of breast cancer: a qualitative meta-study. *Cancer nursing*, 30(4), E27-35.
- Huang, S., Good, M. & Zauszniewsky, J.A. (2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, vol.47(11), 1354-1362.

- Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen J. & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science and Medicine*, 15, 221-229.
- Irwin, M., Clark, C., Kennedy, B., Christian Gillin, J. & Ziegler, M. (2003). Nocturnal catecholamines and immune function in insomniacs, depressed patients, and control subjects. *Brain, behavior and immunity*, 17, 365-372.
- Justice, R.W. & Kasayka, R. (1999). Guided Imagery and Music With Medical Patients. En C. Dileo (Ed.), *Music Therapy & Medicine: Theoretical and Clinical Applications* (pp. 23-30), Silver Spring: American Music Therapy Association.
- Joske, D., Rao, A. & Kristjanson, L. (2006). Critical review of complementary therapies in haemato-oncology. *Internal medicine journal*, 36(19), 579-586.
- Karnofsky, D.A. & Burchenal, J.H. (1949). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En C.M. MacLeod, *Evaluation of Chemotherapeutic Agents* (pp. 191-205), New York: Columbia University Press.
- Kwekkeboom, K. (2003). Music versus distraction for procedural pain and anxiety in patients with cancer. *Oncology nursing forum*, 30(3), 433-440.
- Lane, D. (1991). The effect of a single music therapy session on hospitalized children as measured by salivary Immunoglobulin A, speech pause time, and a patient opinion Likert scale. *Pediatric Research*, 29 (4, part 2), 11A. University Hospitals of Cleveland.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Magill, L. (2006). Role of music therapy in integrative oncology. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 4(2), 79-81.
- Maman, F. (1997). *The role of music in the twenty-first century*. Boulder (USA): Tama-Do Press.
- Martí, P. & Mercadal-Brotons, M. (2010). *Musicoterapia en medicina. Aplicaciones prácticas*. Barcelona: Editorial Médica Jims, SL.
- Martínez, P., Frades, B., Jiménez, F.J., Pondal, M., López, J.J., Vela, L. et al. (1999). The PDQ-39 Spanish version: reability and correlation with the short-form health survey (SF-36). *Neurología*, 14, 159-163.
- Maté, J., Hollenstein, F. & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el enfermo oncológico. *Psicooncología*, vol. 1(2-3), 211-230.
- McGregor, B.A., Antoni, M.H., Boyers, A., Alferi, S., Blomberg, B. & Carver, C.S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of psychosomatic research*, 56, 1-8.
- Miles, MB. & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Newbury Park, CA: Sage.

- Miller, S.H.B., Jones, L.E. & Carney, C.P. (2005). Psychiatric sequelae following breast cancer chemotherapy: a pilot study using claims data. *Psychosomatics*, 46(6), 517-522.
- Moscoso, M.S. & Knapp, M. (2010). La necesidad de evaluar distrés emocional en psico-oncología. *Revista de psicología*, vol. 28(2), 285-309. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- National Comprehensive Cancer Network. (1999). Practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*, 13(5A), 113-147.
- Nguyen, T., Nilsson, S., Hellstrom, A. & Bengtson, A. (2010). Music therapy to reduce pain and anxiety in children with cancer undergoing lumbar puncture. *Journal of pediatric oncology nursing*, 27(3), 146-155.
- O'Callaghan, C. (2006). Clinical issues: music therapy in an adult cancer inpatient treatment setting. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 4(2), 57-61.
- O'Callaghan, C. (2001). Bringing music to life: a study of music therapy and palliative care experiences in a cancer hospital. *Journal of palliative care*, 17(3), 155-160.
- Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T. & Carbone, P.P. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. 5(6): 649-65
- Ole Bonde, L. (2005). *The Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) with cancer survivors. A psychosocial study with focus on the influence of BMGIM on mood and quality of life* (Tesis doctoral no publicada). Aalborg University, Dinamarca.
- Olofsson, A. & Fossum, B. (2009). Perspectives on music therapy in adult cancer care: a hermeneutic study. *Oncology nursing forum*, 36(4), E223-231.
- On Line Medical Dictionary. Recuperado el 19 junio de 2006, de <http://www.online-medical-dictionary.org/link.asp>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Carta fundacional del 7 de abril. Recuperado en junio de 2010, de <http://www.who.int>
- Palao, A. (2009). *Comparación de dos estrategias de intervención para la depresión del paciente oncológico. Ensayo clínico aleatorizado* (Tesis doctoral no publicada). Facultad de Medicina, departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid.
- Real Academia Española. (2009). Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (22ª. Ed.). Recuperado el 19 junio de 2006, de <http://www.rae.es>
- Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Risberg, T., Kolstad, A., Bremnes, Y., Holte, H., Wist, E.A., Mella, O. et al. (2004). Knowledge of and attitudes toward complementary and alternative therapies, a national multicentre study of oncology professionals in Norway. *European journal of cancer*, 40(4), 529-535.

- Rodin. G., Katz, M., Lloyd, M., Green, E., Mackay, J.A., Wong, R.K.S. et al. (2007). Treatment of depression in cancer patients. *Current oncology*, vol. 4(5), 180-188.
- Rodin. G., Lloyd, M., Katz, M., Green, E., Mackay, J.A., Wong, R.K.S. et al. (2007). The treatment of depression in cancer patients: a systematic review. *Supportive care in cancer*, 15, 123-136.
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe, S.L.
- Rodríguez Vega, B., Ortiz, M^a A., Palao, A., Avedillo de Juan, C., Sánchez Cabezudo, A. & Chinchilla, C. (2002). Anxiety and Depresión Symptoms in a Spanish Oncologic Sample and Their Caregivers. *European Journal of Psychiatry*, vol. 16(1), 27-37.
- Rodríguez Vega, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F. & Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*, vol. 4(1), 7-19.
- Rodríguez Vega, B., Orgaz, P., Bayón, C., Palao, Á., Torres, G., Hospital, A. et al. (2011). Differences in depressed oncologic patients' narratives after receiving two different therapeutic interventions for depression: a qualitative study. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). *Psycho-oncology*, Sep., 1.
- Rodríguez Vega, B., Palao, A., Torres, G., Hospital, A., Benito, G., Pérez, E. et al. (2011). Combined therapy versus usual care for the treatment of depression in oncologic patients: a randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, Sep.; 20(9): 943-52.
- Rosenthal, DS. & Dean-Clower, E. (2005). Integrative medicine in hematology/oncology: benefits, ethical considerations, and controversies. *Hematology / the Education Program of the American Society of Hematology*, 491-497.
- Royal Melbourne Hospital. (2008). Music to reduce anxiety for breast cancer patients prior to their first cycle of adjuvant chemotherapy (current pilot study). Recuperado el 25 abril de 2008, de http://www.mh.org.au/royal_melbourne_hospital/www/353/1001127/displayarticle/1001648.html
- Sabo, C.E. & Michael, S.R. (1996). The influence of personal message with music on anxiety and side effects associated with chemotherapy. *Cancer nursing*, 19(4), 283-289.
- Sahler, O.J. Hunter, B.C. & Liesveld, J.L. (2003). The effect of using music therapy with relaxation imagery in the management of patients undergoing bone marrow transplantation: a pilot feasibility study. *Alternative therapies in health and medicine*, 9(6), 70-74.
- Serra, M. (2008). *Psicología de la música* (material educativo del máster de musicoterapia). Madrid: Instituto Superior de Estudios Psicológicos.
- Serra, M., Juan, E. & Barnadas, A. (2008). *El efecto de una intervención basada en imaginación guiada y música en la calidad de vida, ansiedad, depresión y parámetros hemáticos en mujeres afectadas por cáncer de mama y tratadas con*

quimioterapia adyuvante. Póster presentado en el X Congreso Mundial de Psico-oncología, Madrid, junio de 2008. *Psycho-Oncology*, 17: SI-S348. DOI:10.1002/pon

- Serra, M., Zamora, P. & Rodríguez-Vega, B. (2011). Musicoterapia y quimioterapia. Juntas en el hospital de día. En P. Sabatella (Coord.). *Identidad y Desarrollo Profesional del Musicoterapeuta en España. Actas del III Congreso Nacional de Musicoterapia*. Cádiz, 8-10 Octubre 2010. Granada: Grupo Editorial Universitario. ISBN: 978-84-9915-629-3.
- Sirgo, A. & Gil, F. (2000). Intervención psico-educativa y terapia de grupo en pacientes con cáncer. En F. Gil (Ed.), *Manual de psico-oncología* (pp. 57-74), Madrid: Nova Sidonia (Manuales Nova Sidonia Oncología).
- Spiegel, D. (1994). Health caring. Psychosocial support for patients with cancer. *Cancer*, 74(4, Suppl.), 1453-1457.
- Standley, J. M. (1992a). Clinical applications of Music and Chemotherapy: the effects on nausea and emesis. *Music therapy perspectives*, vol. 10, 27-35.
- Standley, J.M. (1992b). Meta analysis of research in music and medical treatment. Effect size as a basis for comparisons across multiple dependent and independent variables. En R. Spintge & R. Droh (Eds.), *Music Medicine* (pp. 364-378), St Louis, MO: MMB Music.
- Standley, J.M. (2000). Music research in medical treatment. En D. Smith (Ed.), *Effectiveness of Music Therapy Procedures: Documentation of Research and Clinical Practice* (3a. ed., pp. 1-64), American Music Therapy Association: Silver Spring, MD.
- 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.
- Steckeler, A., Mc Leroy, K., Doodman, R. M. et al. (1992). Toward integrating qualitative and quantitative methods: An introduction. *Health education quarterly*, vol. 19(1), 1-8.
- Steiner, R. (1984). *The essential Steiner: Basic Writings of Rudolf Steiner*. San Francisco: Harper & Row Publishers.
- Straw, GW. (1991). *The use of guided imagery and relaxation for the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy* (Tesis doctoral). Ontario, Canada: Lakehead University.
- Strong, V., Waters, R., Hibberd, C., Murray, G., Wall, L., Walker, J. et al. (2008). Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet*, Jul, 5, 372(9632), 40-48.
- Tighe, M., Molassiotis, A., Morris, J. & Richardson, J. (2011). Coping, meaning and symptom experience: a narrative approach to the overwhelming impacts of breast cancer in the first year following diagnosis. *European journal of oncology nursing*, 15(3), Jul, 226-232.

- Trallero, C. (2004). Musicoterapia creativa en pacientes con cáncer: un método para disminuir la ansiedad el estrés. *Revista Virtual Psiquiatría.com.*, Recuperado en junio 2008 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/11516/1/musicoterapia%20en%20pacientes%20con%20cancer.pdf>
- Ulla, S. (2003). Aportaciones de la psiconeuroinmunología a la psicología hospitalaria. En E. Remor, P. Arranz & S. Ulla. (Comp.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 49-76), Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Vega, M.E., De Juan, A., García, A. & López, J.M. (2004). Aspectos psicológicos de la toxicidad de la quimioterapia. *Psicooncología, vol 1, (2-3)*, 137-150.
- Vickers, A.C. & Cassileth, B.R. (2001). Unconventional therapies for cancer and cancer-related symptoms. *The lancet oncology, April, 2(4)*, 226-32.
- Walker, L.G., Heys, S.D., Walker, M.B., Oqston, K., Miller, I.D. Hutcheon, A.W. et al. (1999). The psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and imagery during primary chemotherapy. *British journal of cancer, 80*, 268.
- Wan, Y., Mao, Z. & Qjuvan, Y. (2009). Influence of music therapy on anxiety, depression and pain of cancer patients. *Chinese nursing research, 23(5A)*, 1172-1175.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36). *Medical care, 30*, 473-483.
- Weber, S., Nuessler, V. & Wilmans, W. (1997). A pilot study on the influence of receptive music listening on cancer patients during chemotherapy. *International journal of arts medicine, 5(2)*, 27.
- World Federation of Music Therapy. (1986). Recuperado el 19 junio de 2006, de www.musichtherapyworld.net
- Wünsch, W. (2006). *La formación del hombre a través de la música. La enseñanza de la música en la Escuela Waldorf*. Valldoreix: Cuadernos Pau de Damasc.
- Xie, Z., Wang, G., Yin, Z., Liao, S., Lin, J., Yu, Z. et al. (2001). Effect of music therapy and inner image relaxation on quality of life in cancer patients receiving chemotherapy. *Chinese Mental Health Journal, 15(3)*, 176–178.
- Zabora, J. (1998) Screening procedures for psychosocial distress. En J.C. Holland, *Psycho-oncology* (pp. 653-661). New York: Oxford University Press.
- Zigmond, A.S. & Snaith, RP. (1983) *The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatric Scand, 67*, 361-70. Versión validada en castellano por López-Roig, S. et al (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud, 12*, 127-155.
- Zhou, K., Li,X., Yan, H., Dang, S.& Wang, D. (2011). Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy. *Chinese Medical Journal, 124(15)*, 2321-2327.

10. ANEXOS

Anexo 1

Hoja de información al paciente

EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN CON MUSICOTERAPIA PARA MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DURANTE LA SESIÓN DE QUIMIOTERAPIA

Investigadores:

Dra. Beatriz Rodríguez Vega
Dra. Pilar Zamora Auñón
Sra. Mireia Serra Vila

Teléfono: Servicio de Oncología médica: 91.207.11.38

El Servicio de Psiquiatría y Oncología del Hospital Universitario La Paz le solicita que participe en un estudio de investigación que se está efectuando con los pacientes que reciben tratamiento quimioterápico en la consulta de Oncología del HU La Paz.

Se quiere conocer si mediante una intervención con musicoterapia, llevada a cabo por musicoterapeutas, Vd se puede beneficiar durante la sesión de quimioterapia y posteriormente de una mejoría en su estado de ánimo, y nivel de relajación y que esta repercuta favorablemente en su calidad de vida,

Si usted decide participar en este estudio, deberá leer detenidamente y firmar de forma voluntaria el modelo de consentimiento informado. Su firma indica que usted conoce la naturaleza y los procedimientos del estudio y nos da su consentimiento para participar en el mismo. Su decisión de participar o no, no le comprometerá a usted ni a sus cuidados médicos ulteriores. Aún en el caso que decidiera participar, usted es libre de retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento sin deterioro en su asistencia clínica ulterior.

Tras la firma del consentimiento informado formará parte de una de las dos opciones de tratamiento en base a una aleatorización, es decir, en base a lo que le corresponda por azar. O bien recibirá un apoyo con intervención de musicoterapia durante su tratamiento de quimioterapia o bien recibirá el tratamiento de quimioterapia determinado por su oncólogo, sin intervención con musicoterapia.

En la primera opción, en el momento de recibir el tratamiento de quimioterapia deberá contestar una serie de preguntas relacionadas con su nivel de ansiedad y depresión. A continuación, recibirá una sesión de musicoterapia, de unos 45 minutos de duración, durante las 3 primeras sesiones de quimioterapia. Después de la intervención, se le repetirán las mismas preguntas y se le pedirá que valore la experiencia. La intervención será grabada con un medio audiovisual. Para el permiso de filmación, le adjuntamos una hoja explicando el uso previsto de la grabación, lo establecido para salvaguardar su derecho a la intimidad y a la propia imagen. Después de haberlo leído tranquilamente, puede decidir libremente si nos concede el permiso de filmación o lo deniega.

En la segunda opción, se le hará la misma serie de preguntas relacionadas con su nivel de ansiedad y depresión. Después transcurrirán 45 minutos, en los cuales no

recibirá la sesión de musicoterapia. Pasados los 45 minutos, se le repetirán las mismas preguntas y se le pedirá que valore la experiencia (esta valoración será registrada con un medio audiovisual. Para el permiso de filmación, le adjuntamos una hoja explicando el uso previsto de la grabación, lo establecido para salvaguardar su derecho a la intimidad y a la propia imagen. Después de haberlo leído tranquilamente, puede decidir libremente si nos concede el permiso de filmación o lo deniega.

En ambas opciones, el proceso se repetirá cada vez que acuda a Hospital de Día a recibir su tratamiento, durante los tres primeros ciclos.

La intervención que nosotros le proponemos consiste en una serie de intervenciones musicales breves, en la misma sala de tratamiento, con el fin de ayudar a la persona a que pueda relajarse o expresar, mediante la música, sus emociones, distraerse y focalizarse en un acto de creación positivo, con la ayuda de un musicoterapeuta.

No se puede garantizar que su participación en el estudio le proporcione un beneficio directo. Sin embargo, su situación clínica y psicológica va a ser supervisada estrechamente, para mejor control de su enfermedad. Además, los resultados del estudio podrían ayudar a un mejor conocimiento y tratamiento de algunos aspectos de su enfermedad.

Toda la información relacionada con el estudio es estrictamente confidencial (LOPD 15/99). Todos los datos estarán identificados por un código alfanumérico para salvaguardar la confidencialidad del paciente. Un registro confidencial conteniendo información sobre la identidad de los pacientes individuales quedará archivado en una zona segura, por si en un futuro se precisase para un seguimiento. Representantes del Comité Ético del Hospital y de las autoridades sanitarias españolas tendrán acceso a sus registros médicos con el fin de controlar la realización del estudio.

Sin embargo, tanto en los informes del estudio como en la publicación en revistas biomédicas o en la presentación en Congresos o Reuniones Científicas de los resultados de esta investigación, se mantendrá una estricta confidencialidad sobre la identidad de los pacientes. (LOPD 15/99).

Si durante el estudio tuviese alguna duda o surgiese algún problema, podría consultar con la Dra. Pilar Zamora, Dra. Beatriz Rodríguez Vega o Sra. Mireia Serra (teléfono 619.936.928); llamando al teléfono 91-727.21.18 ó en el Servicio de Oncología Médica, del HU La Paz.

Le agradecemos su colaboración en el estudio.

Anexo 2**Consentimiento informado escrito por el paciente**

Estudio: *EFEECTO DE UNA INTERVENCIÓN CON MUSICOTERAPIA PARA MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DURANTE LA SESIÓN DE QUIMIOTERAPIA*

Yo,.....con DNI:
(escribir el nombre y los dos apellidos) (escribir el número del DNI)

Número de historial clínico:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido realizar preguntas sobre el estudio.
- He recibido respuestas satisfactorias y la información suficiente sobre el estudio.
- He hablado con la Dra. Pilar Zamora Auñón y/o Dra. Beatriz Rodríguez Vega y/o Sra. Mireia Serra Vila.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del proyecto de investigación:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- He sido informado de manera clara, precisa y suficiente del tratamiento al que serán sometidos mis datos personales.

DOY LIBREMENTE MI CONFORMIDAD para participar en este estudio.

Firma:

.....
Nombre y Apellidos del participante

Madrid, de de 2008

Dirección y teléfono de contacto (Servicio de Oncología médica: 91.207.11.38)

Anexo 3**Datos sociodemográficos y clínicos del participante**

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Teléfono de contacto: _____

Sexo: 1. Hombre 2. Mujer

Estado civil:

- 1. Soltero/a
- 2. Casado/a, en pareja
- 3. Separado/a, Divorciado/a
- 4. Viudo/a

Convivencia (enumerar quien convive):

- 1. Solo/a
- 2. Esposo/a
- 3. Con pareja e hijos.
- 4. Con pareja e hijos y uno o ambos padres
- 5. Con sus padres
- 6. Con hijos
- 7. Amigos
- 8. Instituciones/Pensiones
- 9. Otros

Duración de la convivencia (en años):

- 1-3
- 4-10
- 11-20
- Mas de 20

Nivel educativo:

- 1. Analfabetismo
- 2. Primarios
- 3. EGB
- 4. Bachiller
- 5. Universitario
- 6. Universitario de Grado Superior

Situación laboral:

- 1. Tiempo completo
- 2. Tiempo parcial
- 3. Ama de casa
- 4. Estudiante
- 5. Desempleado/a
- 6. Jubilado/a
- 7. Baja, temporal o permanente
- 8. Otras (especificar)

Medio en el que reside:

- 1. Urbano
- 2. Rural

A rellenar por el investigador

DIAGNOSTICO Y ESTADO DE LA ENFERMEDAD

- Fecha del diagnóstico: ___/___/___ (1. Menos de 3 meses; 2. 3-6 meses; 3. 6-12 meses; 4. Entre 1-3 años; 5. Más de 3 años).
 - Diagnóstico (OMS) : _____
 T Clasificación: T1___, T2___, T3___, T4___, Tx___
 N Clasificación: N0___, N1___, N2___, N3___, Nx___
 M Clasificación: M0___, M1___, Mx___
 - Estadío: _____
 - En el caso de que haya metástasis, especificar localización: (1. No 2. Sí)
-
- Estado de la enfermedad: 1. En remisión 2. En activo

ENFERMEDADES ASOCIADAS

1. Diabetes
2. Enfermedades del riñón
3. Enfermedades del corazón (excluir hipertensión)
4. Hipertensión
5. Enfermedades respiratorias (asma, enfisema, bronquitis)
6. Enfermedades reumáticas
7. Enfermedades asociadas al hígado
8. Otras (especificar).

TRATAMIENTO PREVIO

1. **Radioterapia**..... Sí___, No___
 Fecha de comienzo:..... ____, ____, ___
 Fecha de finalización:..... ____, ____, ___
 2. **Cirugía**..... Sí___, No___
 Fecha de la intervención:..... ____, ____, ___
 En caso afirmativo, tipo de intervención quirúrgica: _____
 3. **Quimioterapia**..... Sí___, No___
 Fecha de comienzo:..... ____, ____, ___
 Nombre y dosis del tratamiento quimioterápico: _____
-

ANTECEDENTES

PSIQUIATRICOS

1. No
2. Ansiedad
3. Depresión
4. Psicosis
5. Otros

FAMILIARES

1. No
2. Ansiedad
3. Depresión
4. Psicosis
5. Otros

ONCOLOGICOS (especificar lugar y familiar): _____

Anexo 4

Test Ansiedad y Depresión (HADS)

ESCALA H.A.D.

NOMBRE:

FECHA:

		<p>Los médicos y psicólogos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el profesional sabe cual es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mayor ayuda.</p> <p>Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su terapeuta sepa como se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen en el margen izquierdo. Lea cada pregunta y <u>subraye</u> la respuesta que usted considere que coincida con su propio estado emocional en la última semana.</p> <p>No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta, en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.</p>
	<p>A 3 2 1 0</p>	<p>1- Me siento tenso/a, nervioso/a: Casi todo el día Gran parte del día De vez en cuando Nunca</p>
	<p>D 0 1 2 3</p>	<p>2- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre: Ciertamente igual que antes No tanto como antes Solamente un poco Ya no disfruto con nada</p>
	<p>A 3 2 1 0</p>	<p>3- Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: Sí y muy intenso Sí, pero no muy intenso Sí, pero no me preocupa No siento nada de eso</p>
	<p>D 0 1 2 3</p>	<p>4- Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: Igual que siempre Actualmente algo menos Actualmente mucho menos Actualmente en absoluto</p>
	<p>A 3 2 1 0</p>	<p>5- Tengo la cabeza llena de preocupaciones: Casi todo el día Gran parte del día De vez en cuando Nunca</p>
	<p>D 3 2 1 0</p>	<p>6- Me siento alegre: Nunca Muy pocas veces En algunas ocasiones Gran parte del día</p>

	A	7- Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajadamente:
	0	Siempre
	1	A menudo
	2	Raras veces
	3	Nunca
D		8- Me siento lento/ y torpe:
	3	Gran parte del día
	2	A menudo
	1	A veces
	0	Nunca
	A	9- Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:
	0	Nunca
	1	Sólo en algunas ocasiones
	2	A menudo
	3	Muy a menudo
D		10- He perdido el interés por mi aspecto personal:
	3	Completamente
	2	No me cuido como debiera hacerlo
	1	Es posible que no me cuide como debiera
	0	Me cuido como siempre lo he hecho
	A	11- Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
	3	Realmente mucho
	2	Bastante
	1	No mucho
	0	En absoluto
D		12- Espero las cosas con ilusión:
	0	Como siempre
	1	Algo menos que antes
	2	Mucho menos que antes
	3	En absoluto
	A	13- Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:
	3	Muy a menudo
	2	Con cierta frecuencia
	1	Raramente
	0	Nunca
D		14- Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:
	0	A menudo
	1	Algunas veces
	2	Pocas veces
	3	Casi nunca

Revise el cuestionario por si se ha olvidado de responder alguna pregunta.
Espacio a rellenar por el hospital

D (8-10) _____

A (8-10) _____

ESCALA CALIDAD DE VIDA (EORTC QLQ C-30)



EORTC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor ponga sus iniciales:

--	--	--	--	--

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de hoy (día, mes, año):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo asfixia?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñado/a?	1	2	3	4
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado/a?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su actividades <u>sociales</u> ?	1	2	3	4
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted

29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésima

Excelente

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésima

Excelente

Estudio: ***EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN CON MUSICOTERAPIA PARA MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DURANTE LA SESIÓN DE QUIMIOTERAPIA***

Código del paciente:

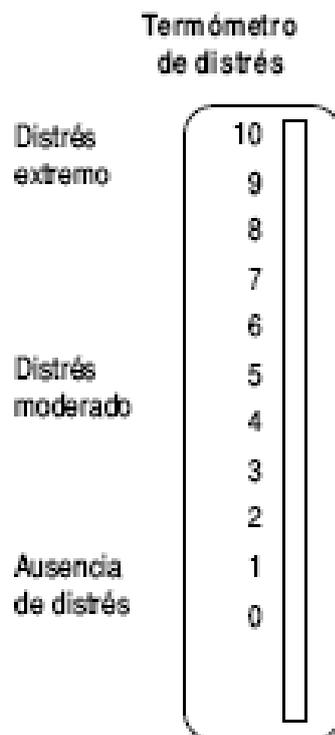
Fecha:

Ciclo de quimioterapia:

TERMÓMETRO DEL DISTRÉS y PREGUNTA ABIERTA (pre)

Instrucciones:

Por favor marque el número (del 0 al 10) que mejor describa cuánta ansiedad y depresión ha experimentado durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy.



Pregunta abierta:

¿Podría comentarnos cómo se siente ahora?

Estudio: ***EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN CON MUSICOTERAPIA PARA MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DURANTE LA SESIÓN DE QUIMIOTERAPIA***

Código del paciente:

Fecha:

Ciclo de quimioterapia:

TERMÓMETRO DEL DISTRÉS y PREGUNTA ABIERTA (post)

Instrucciones:

Por favor marque el número (del 0 al 10) que mejor describa cuánta ansiedad y depresión experimenta en este momento.

Termómetro de distrés

Distrés extremo	10
	9
	8
	7
	6
Distrés moderado	5
	4
	3
	2
Ausencia de distrés	1
	0

Pregunta abierta:

¿Podría comentarnos cómo se siente ahora?

Anexo 5

Estudio: ***EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN CON MUSICOTERAPIA PARA MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DURANTE LA SESIÓN DE QUIMIOTERAPIA***

Código del paciente:

Fecha: (ciclo de quimioterapia):

VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN MUSICAL**MÚSICA EN DIRECTO**

¿Audición pasiva? SI / NO

Sugerencias de relajación: SI / NO
Tipo: visual, atención en el cuerpo...

Participación del paciente en la improvisación: SI / NO

¿Toca instrumentos? SI / No ¿Cuáles?

¿Canta? SI / NO

¿Mueve partes del cuerpo? SI / NO

Escoge estilo de música? SI / NO ¿Cuál?

Participa en la escritura de canciones SI / No

ÁREA RÍTMICA:

TEMPO (medido con metrónomo)

ACENTO: Binario Ternario

DINÁMICA: Pianísimo Piano mf f ff fortísimo

TONALIDAD (Tonalismo bimodal):
Modo mayor Menor

INSTRUMENTOS:

Mt: Arpa Teclado Guitarra Voz Otros

Paciente: Arpa Teclado Guitarra Voz Otros

FUNCIÓN DE LA MÚSICA Y OBSERVACIONES:

Anexo 6

Ejemplos de composición de canciones

Las canciones se han escogido por su temática: en relación al tratamiento, dedicadas a algo/alguien, de agradecimiento, y reflexiones relacionadas con la vida.

Ejemplos 1, 2 y 3.

Canciones relacionadas con el tratamiento

Versión de “Viva la Gente”

dedicada a Pilar Zamora

Esta mañana a las 8
A la Paz yo ya llegué
Ahora son las 4 y todavía estoy aquí
Que día más emocionante,
Que pena que no lo perdí!(bis)

Cojo número pa'l análisis
Y un pinchazo que me dan
Con resultados en la mano
A la radio ya me voy.

En cosa de poco tiempo
5 tíos me han revisao
Ha sido en el quirófano
Y el catéter me han colocao

Un café a media mañana
Para seguir a todo tren
Siguiendo paso con la oncóloga
Que me dice que está bien
Y ya me manda a la quimio
Que está muy abarrotá (bis)

La medicación ya está bajando
Y las horas van pasando
El tiempo se haría eterno
Si no fuera por el canto

Que me da mucha alegría
Y esperanza de un nuevo día (bis)

(Paciente 5, 2º ciclo de QT)

El día del ciclo

(versión de It's a hard day)

Vaya madrugón
Que me he pegado el día de hoy
Pero merece la pena
Pasar este día
Para sentirme algo mejor

Y otra vez
Con buen humor te reciben
En la Paz
Todas las enfermeráaaaas

Vaya madrugón
Que me he pegado el día de hoy
Un ciclo menos para acabar
Un ciclo más para sanar

Pero merece la pena...

(pacientes 9 y 12, ciclos 2 y 3 de QT)

Versión de El Romance anónimo

Dicen que somos dos locas de vida
Que vivimos en un mundo irreal
Pretendiendo lograr de la quimio un favor
Que nos deje vivir mucho más.

Yo sin la quimio no puedo pasar
Tu tampoco quieres pasar
Que le vamos a hacer
Si la quimio nos quiso juntar
Aquí en la paz

Juntas pasamos las horas sin más
Tocando el arpa, cantando y demás
pero viene la hora de irse a comer
Nos despedimos hasta la próxima vez

(Pacientes 13 y 16)

Ejemplos 4, 5 y 6

Canciones dedicadas a alguien**Mi nene**

(versión de "Tenía tanto que darte", de Nena Daconte)

Prometo cuidarte con todo mi corazón
Prometo no echarte la bronca el primer día
Prometo quererte todos los días de mi vida
Y hacerte feliz, en cada segundo del día.

Camino despacio porque ahora ya pesas más
Pero la ilusión me hace seguir otro pasito
Espero que pasen los meses para encontrarme contigo
Encontrarme contigo, y ya no separarnos más

Tengo tanto que darte, tantas cosas que contarte
Tengo tanto amor, guardado para ti
Tengo tanto que darte, tantas cosas que contarte
Tengo tanto amor, guardado para ti.

Tengo tanto que aprender de ti
Que a veces yo me asusto de lo que tengo que aprender
Pero yo sé que todo, va a ir muy bien
Que vas a ser feliz, y nos harás feliz
Tengo tantas ganas de verte y abrazarte

Tengo tanto que darte, tantas cosas que contarte...

(Paciente 17, 2ª o 3ª QT; embarazada)

Canción dedicada al marido

(versión de "Al alba", de L.E.Aute)

Si te dijera amor mío
Un 19 de mayo
Que bajo las estrellas sueño
Que te doy un abrazo
Mariano de mis amores
Cuánto te quiero y extraño

Presiento que tras la jornada
La noche no será más larga
Quiero que estés a mi lado
Siempre, siempre a mi lado
Mariano, Mariano
Te quiero a mi lado

(Paciente 3, 1ª QT,
canción compuesta un 19 de mayo)

Canción dedicada al hijo

Hola Héctor, ven aquí
Que hoy te quiero cantar así
Con un beso y un achuchón
Yo te quiero mogollón!

Yo soy de acción, prefiero hacer
Héctor tu eres mi razón de ser
Más que palabras soy de actuar
Y hoy contigo quiero estar

Te dedico esta canción
De mami a tu corazón
No hay obstáculos que puedan parar
Lo que yo te quiero dar

Hola Héctor...

(Paciente 3, 3ª QT)

Ejemplos 7 y 8

Canciones de agradecimiento**Versión de la canción “Santa Lucía”
(Teodoro Cuttrau)**

Por esta nueva vida
 Hoy puedo dar las gracias
 Los amigos son la sorpresa
 Son el gran soporte
 Juntos lo miramos
 Con alegría

*Dando las gracias,
 Dando las gracias*

El sol de la mañana,
 La playa con su arena,
 Y yo junto con mi alma
 Sueño con el paseo
 Arranca en mi recuerdos
 De momentos más tiernos

*Dando las gracias,
 dando las gracias*

Mi familia es un beso
 Llena de caricias
 la sensibilidad, un regalo
 su preocupación, un abrazo
 Sonríe, sueña y espera
 Todo se ha calmado

*Dando las gracias,
 dando las gracias*

(paciente 26)

Siempre hay alguien

*Siempre hay alguien que comienza
 Siempre hay alguien que termina (bis)
 Así como tu empezaste
 Pronto vas a acabar,
 Si Dios quiere el día 8 de marzo
 vas a acabar*

*Siempre hay alguien que comienza
 Siempre hay alguien que termina
 Igual que tu comenzaste
 Pronto vas a acabar*

Y las que están aquí todos los días
 Pílares, Araceli, Manu y Teresa...
 Y muchas más
 Un gran equipo que nos cuida,
 nos enseña y si llega el caso,
 nos mima.

*Siempre hay alguien que comienza
 Siempre hay alguien que termina
 Igual que tu un día empezaste
 Pronto vas a terminar*

(Paciente 36)

Ejemplo 9, Reflexiones

Un canto a la oportunidad

La vida parece cuento,
Pero es una realidad
Ella nos ofrece todo
Nos regala cada minuto
Una hora y mil oportunidades.

La vida es el minuto, la hora y siempre la eternidad
Tiene su doble cara, que muchas veces cuesta encontrarla y aceptarla
Cada uno soñamos con un poco de felicidad, ¿dónde puede estar?
En la cara amable de lo que no sabemos amar

No apreciamos suficiente la salud
Hasta que no aparece la enfermedad,
Esa cara amable que no es fácil amar
Pero que nos hace pensar.

A veces la propia alegría,
La olvidamos, sin más
Y con ella, una nueva oportunidad
Haciéndonos un guiño con la tristeza, en la enfermedad

¿cuánta gente nos rodea,
que nos regala sueños,
apoyos o simplemente,
una oportunidad?

Pero es la cara amable de la salud,
llamada enfermedad,
quien coloca y da a cada uno su lugar.

¿y la familia y amigos?
Ellos siempre están.
Son la cara amable de la gratuidad.
Reconocemos más su peso y valor
en el dolor y en la enfermedad

¿Dónde quedan los sueños cuando se nubla la oportunidad?
Y ¿donde se aparca la libertad?
El valor más hermoso para no perder el tren de la oportunidad

Tengo muchas cosas en la vida
que me fascinan y me enamoran
Y es la cara amable de la salud,
quien me da una nueva oportunidad
de disfrutar y ser feliz junto al mar,
Descubriendo solo su inmensidad

Todo corre deprisa, sin parar
Los acontecimientos suceden, de 21 en 21, nada más
Y cada ciclo decide mi esperanza e ilusión de un paso más
Una nueva oportunidad....
Un paso más
Una oportunidad...
Para ser feliz y volver a soñar
Una oportunidad...
Para cantar.

(Paciente26)

