

**“INTERVENCIÓN ENFERMERA DE MUSICOTERAPIA PARA REDUCIR
LA ANSIEDAD Y MEJORAR EL AFRONTAMIENTO EMOCIONAL EN
MUJERES HOSPITALIZADAS CON CÁNCER DE MAMA”**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

AUTOR: Clara Marín Burguillo

TUTORA: Dra. Montserrat González Pascual

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
FACULTAD DE MEDICINA, SALUD Y DEPORTES
CURSO ACADÉMICO 2024-2025**

Resumen

Desde civilizaciones antiguas, la música ha sido utilizada terapéuticamente tanto en Oriente como en Occidente, despertó el interés en España en el siglo XX, y hoy en día sigue mostrando buenos resultados en términos de ansiedad y calidad de vida. Esta intervención utiliza diferentes técnicas y actividades, y se adapta a las preferencias musicales y necesidades del paciente para promover el bienestar socioemocional, espiritual e intelectual de la persona.

Este proyecto de investigación piloto tiene como objetivo evaluar la viabilidad y los posibles efectos de una intervención enfermera en la que se observa el efecto de la musicoterapia, tanto de forma pasiva (escucha guiada) como activa (participación vocal o instrumental) en mujeres hospitalizadas con cáncer de mama.

Para ello, se plantea un diseño cuasiexperimental con medidas pre y post intervención, utilizando escalas HADS, EORTC QLQ-C30, Termómetro del Distrés y Brief COPE, además de narrativas breves analizadas para evaluar los resultados. Este estudio plantea como hipótesis que la intervención reducirá los niveles de ansiedad y depresión además de mejorar la calidad de vida y el afrontamiento emocional de las participantes en la actividad respecto del grupo control. Los resultados contribuirán a valorar la factibilidad y aceptación de la musicoterapia como intervención complementaria a los cuidados habituales, fortaleciendo el rol de la enfermería en la atención integral y humanizada al paciente oncológico.

Palabras clave: afrontamiento emocional; ansiedad; cáncer de mama; enfermería oncológica; hospitalización; musicoterapia.

Abstract

Since ancient civilizations, music has been used therapeutically in Western and Eastern cultures. The interest in therapeutic application grew in Spain during the 20th century, and today it continues to show positive results in terms of anxiety reduction and quality of life improvement. This intervention uses various techniques and activities, adapting to the patient's musical preferences and needs to promote socio-emotional, spiritual, and intellectual well-being.

This pilot research project aims to evaluate the feasibility and potential effects of a nursing-led intervention which observes the effect of music therapy, delivered both passively (guided listening) and actively (vocal or instrumental participation), in hospitalized women with breast cancer.

To achieve this, a quasi-experimental design with pre- and post-intervention measures is proposed, using the HADS, EORTC QLQ-C30, Distress Thermometer, and Brief COPE scales, along with short narratives analyzed qualitatively to assess outcomes. It is expected that this intervention will reduce anxiety and depression levels and improve quality of life and emotional coping among patients compared to the control group. The results will help assess the feasibility and acceptability of music therapy as a complementary intervention, strengthening the role of nursing in providing comprehensive and humanized care for oncology patients.

Keywords: anxiety; breast cancer music therapy; emotional coping; hospitalization oncology nursing.

Índice

1. Elección y justificación del tema. Viabilidad del proyecto	5
1.1 Introducción	5
2. Construcción del marco teórico	6
2.1 Fundamentos conceptuales e históricos	6
2.1.1 Historia	6
2.1.2 La musicoterapia hoy	8
2.1.3 Definición de musicoterapia	8
2.1.4 Musicoterapia: beneficios y aplicaciones	9
2.1.5 Técnicas de musicoterapia	10
2.2 Musicoterapia en oncología y cuidados enfermeros	14
2.2.1 El cáncer de mama y su impacto en la salud	14
2.2.2 Musicoterapia en oncología	15
2.2.3 Musicoterapia como intervención enfermera	16
2.3 Búsqueda bibliográfica	19
2.3.1 Justificación de la búsqueda bibliográfica	19
2.3.2 Pregunta PICO	19
2.3.3 Objetivos de la búsqueda bibliográfica	19
2.3.4 Criterios de inclusión de la búsqueda bibliográfica	20
2.3.5 Criterios de exclusión	21
2.3.6 Estrategia de búsqueda detallada	21
2.3.7 Resultados de la búsqueda:	23
2.3.8 Resultados de la búsqueda bibliográfica sobre musicoterapia en cáncer de mama actual.	24
3. Hipótesis y objetivos	26
4. Población, material y método	27
4.1. Diseño	27
4.2. Lugar del estudio	28
4.3. Población de estudio	28
4.3.1. Criterios de inclusión	28
4.3.2. Criterios de exclusión	28
4.3.3. Criterios de retirada	28
4.3.4. Criterios éticos	28
4.4. Material y método	29

4.4.1. Intervención.....	29
4.4.2 Recursos.....	31
4.4.3 Metodología.....	33
4.4.3. Evaluación e instrumentos.....	34
4.4.4. Tamaño muestral.....	35
4.4.5. Análisis estadístico.....	36
5. Resultados esperados.....	¡Error! Marcador no definido.
6. Discusión proyectiva.....	¡Error! Marcador no definido.
7. Limitaciones del estudio.....	¡Error! Marcador no definido.
8. Aplicaciones para la práctica enfermera y futuras líneas de investigación.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	40

Elección y justificación del tema. Viabilidad del proyecto

1.1 Introducción

El interés de las enfermeras por utilizar la musicoterapia (MT) como intervención ha ido aumentando con el tiempo, tanto para satisfacer las necesidades de cuidados y afrontar los problemas de salud, como para aumentar los niveles de bienestar. Se pueden encontrar, al igual que la MT, otros medios que les proporcionen la relajación, el apoyo y el bienestar que la medicina alopática no les ofrece, como por ejemplo la arteterapia, aromaterapia, o técnicas de mindfulness, y que pueden formar parte del cuidado enfermero (1).

Este incremento de la demanda e implicación enfermera en terapias complementarias fue ya anticipado por organismos internacionales. Entre ellos, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe sobre el ejercicio de la Enfermería, ya propuso en 1996 que las enfermeras *“han de estar preparadas para guiar en el proceso de elección entre los diferentes métodos de cuidado complementarios y que, en su formación, deben estar capacitadas para comprenderlos, debido al uso habitual de estas terapias”* (1).

Por otro lado, el impacto psicológico del cáncer de mama, sobre todo respecto a ansiedad, imagen corporal y afrontamiento emocional, aunque ha sido documentado en la literatura (2,3), requiere mayor investigación sobre intervenciones enfermeras dirigidas a mejorar el bienestar emocional en dichas pacientes.

La MT, además, cuenta con un creciente respaldo en la literatura científica aplicada al ámbito hospitalario. Algunos ensayos clínicos y revisiones sistemáticas han demostrado su eficacia para reducir síntomas emocionales como la ansiedad y la depresión, así como para mejorar la calidad de vida en pacientes oncológicos (4–6). Se trata de una intervención viable y de fácil implementación en la práctica clínica, ya que se aplica como tratamiento complementario sin interferir con los tratamientos médicos convencionales, además de ser percibida como segura y aceptada por las pacientes (7).

En este sentido, resulta coherente con la práctica enfermera, al estar integrada en un enfoque de cuidados holísticos y humanizados, además de que la implicación de las enfermeras para facilitar impartir las intervenciones musicales, potencia la adherencia de

de los pacientes y refuerza la dimensión emocional del cuidado (8–10). Es por ello por lo que, enfocar este estudio en una intervención destinada a aplicar musicoterapia en mujeres hospitalizadas con cáncer de mama resulta pertinente para valorar su potencial como intervención enfermera complementaria (3).

2. Construcción del marco teórico

2.1 Fundamentos conceptuales e históricos

2.1.1 Historia

Desde civilizaciones antiguas, el uso terapéutico de la música ha existido de manera significativa tanto en oriente como en occidente. Comenzando por la Edad Antigua, a pesar de que son pocas las figuras con nombre propio destacables, podemos señalar a Imhotep como impulsor de la utilización de la música para proporcionar fertilidad a las mujeres, de la misma manera que el alejandrino Herófilo, regulaba el pulso arterial con ayuda de escalas musicales (11,12).

En la época clásica, los pitagóricos heredaron estas habilidades destinadas a la curación, produciendo un efecto sedante, calmante y de evasión. Otros pensadores de la época como *Platón* o *Aristóteles*, la usaban bajo la teoría del “*ethos*”, que asocia los estados anímicos (dolor, paz, embriaguez, etc.) a las diversas modalidades de música griega (ritmo, altura de los sonidos y escalas), a la vez que *Damon de Atenas*, uno de los primeros musicoterapeutas de la historia, defendió la capacidad sonora como mecanismo para curar todo tipo de dolencias mediante un discurso (12).

En el medievo musulmán, la música tenía un lugar privilegiado, ya que se realizaba tanto en palacios como en los maristanes, lugares específicos en los que realizaban terapias no agresivas, con un enfoque más humano y desde un punto de vista psicoterapéutico. Además, para ejercer como médico en estos espacios, eran necesarios amplios conocimientos musicales (11).

Durante el cristianismo, detrás de los muros de los monasterios, abades y abadesas como *San Dunstan* o *Hildegard von Bingen*, se arriesgaron a utilizar de forma clandestina los efectos de la música para paliar diferentes dolencias, y finalmente se institucionalizó la música en el ámbito de la medicina, formando parte del plan de estudios de las escuelas y universidades (11). Los 5 primeros libros que escribió *San Agustín de Hipona*, conocido como el “*Doctor de la Gracia*”, consisten en manuales científicos que llamó «libros sobre

las disciplinas», donde se habla de la duración, sucesión y combinación de sonidos largos y breves, constituyendo versos en métrica latina (13).

También en el Renacimiento procuraron establecer el uso de la música como coadyuvante a la medicina tradicional. El padre Benito Jerónimo Feijoo, músico afectado por fiebre y delirios que sanó escuchando música, y fue conocido por su ensayo *Música en los templos*, realizó observaciones sobre la música cromática practicada en la iglesia y usadas en MT para crear tensión. Por otro lado, la primera obra de MT escrita en España se debe al monje cisterciense Antonio José Rodríguez, quien escribió *Palestra critico-médica* (1744), obra en la que se antepone la medicina psicosomática, y se considera que la música es capaz de modificar el estado de ánimo, influir sobre diversas funciones corporales y mantener efectos anestésicos.

Otra figura relevante, fue Florence Nightingale (1820-1910), quien supuso el fin de los cuidados empíricos y exclusivamente vocacionales, considerando la salud como la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos y no como aquello opuesto a la enfermedad. Propuso que era responsabilidad de enfermería controlar el entorno para que el paciente alcanzara el máximo nivel de bienestar, estableciendo unas “*leyes de la salud o del cuidado*” basadas en elementos naturales como: la tranquilidad, una limpieza y dieta adecuadas, la luz y el calor o incluso la pureza del agua y el aire (1,14). Reconoció a su vez el poder de la música como parte del proceso de curación, mencionando su uso en la asistencia sanitaria en su libro “*Notas de enfermería*” (15). En dicho documento, escribe que pudo comprobar que las piezas instrumentales de instrumentos de viento, al producir un sonido continuo tenían un efecto beneficioso sobre los enfermos, mientras que los instrumentos que producían un sonido más corto, como la percusión, tenían el efecto contrario (14).

Francisco Vidal y Careta, realizó en 1882 la primera tesis musical llamada *La música en sus relaciones con la medicina*, que, compaginando la medicina, muestra la música como un agente de descanso, distracción y elemento social, y la convierte en una herramienta útil en algunos estados de salud como la neurosis, donde es efectiva para paliar la excitación o el nerviosismo en exceso (12).

En España la utilización terapéutica de la música era poco conocida y aplicada a comienzos del siglo XX, sin embargo, la enciclopedia Espasa afirma que, aunque en 1918 se había abandonado su uso, la música se recomendaba antiguamente para el tratamiento de las dolencias mentales y nerviosas (16). Sin embargo, en la segunda mitad del siglo XX

despierta interés en nuestro país y se crea la Asociación Española de Musicoterapia en 1974, con motivo del primer Simposio Nacional de Musicoterapia de 1977 (11).

2.1.2 La musicoterapia hoy

En la actualidad, el uso de la MT tiene carácter científico y contamos con profesionales dedicados a tales tareas. Existen varios países europeos, tales como Alemania, Reino Unido, Italia, Noruega, Suecia o España, donde la musicoterapia ha alcanzado un importante desarrollo tanto teórico como práctico, a pesar de que su incorporación al ámbito universitario se produjo hace aproximadamente cuatro décadas (17).

En la Universidad alemana, la MT es considerada como licenciatura desde 1979 en los departamentos de Musicología Sistemática, seguidos por Austria que estableció en 1959 en Viena el primer programa de MT.

Por otro lado, en Estados Unidos cuentan con una amplia cantidad de profesionales y existe una especial labor de investigación (17). En Argentina, sin embargo, el momento clave para la consolidación de la MT se dio en los años 70, ya que, en 1965, el médico, foniatra y músico, *Julio Bernaldo de Quirós*, junto con el psiquiatra y músico *Rolando de Benezón*, crearon la “*Comisión de Estudios de Musicoterapia*” dando lugar a la posterior creación de la “*Asociación Argentina de Musicoterapia*” al año siguiente. Uno de los primeros países en incorporarla en la universidad como licenciatura es precisamente Argentina, donde se crea en 1967 la carrera universitaria de MT a nivel de diplomatura (16).

La MT en España ha sido estudiada con mucho detalle por Serafina Poch (1999) (18) y por la publicación coordinada por Mariano Betés de Toro (2000). En febrero del 2000 se reunieron los representantes de todas las asociaciones de MT para constituir una Federación Española, cuyos objetivos son unificar criterios y reforzar la situación de esta técnica en España (16).

La MT se agrupa dentro de la medicina complementaria y, a nivel europeo cada vez está más extendido su uso, funcionando en muchas ocasiones como complemento de pago de los pacientes (17).

2.1.3 Definición de musicoterapia

El concepto de MT ha existido de forma explícita o implícita en la mayor parte de culturas durante el curso de la historia. El término *terapia* referencia a aquellas intervenciones cuyo objetivo es curar, paliar o prevenir alteraciones físicas y psíquicas (19). La palabra “musicoterapia” está surge de la unión de las palabras música y terapia.

Desde un enfoque conceptual, la música puede entenderse como un conjunto de melodía, ritmo y armonía combinados de forma ordenada (20). Este fenómeno universal, tiene una fuerte presencia en diferentes culturas de todo el mundo y tiene una gran influencia en el comportamiento humano. En este sentido Merriam señala que la música está considerada una de las actividades humanas más penetrantes, ya que influye y modela las diversas conductas humanas (21). De manera complementaria, Hodges define la musicalidad como la sensibilidad o respuesta de la persona ante un estímulo sonoro, basado en su propia interpretación, independientemente del dominio que este tenga respecto al lenguaje musical (1,22).

Por otro lado, la palabra “terapia”, derivada del griego “Therapeia”, cuyo significado está relacionado con la atención, ayuda o tratamiento (23). Desde esta perspectiva, la intervención tiene cuatro elementos fundamentales: el paciente o cliente, el terapeuta, objetivos (educativos, médico-curativos, relacionado con el cuidado, etc.), y un proceso en función de la orientación del terapeuta (1).

En el ámbito sanitario, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), la MT se define como una intervención basada en el uso de la música con el objetivo de generar cambios específicos en la conducta, las emociones o las funciones fisiológicas (24). De forma similar, la Real Academia de la Lengua Española (RAE), la reconoce como la aplicación de la música con fines terapéuticos, especialmente en el campo de la psicología (25), mientras que la Federación Mundial de Musicoterapia, en su actualización del año 2011, la define como la utilización de la música en contextos sanitarios, educativos y de la vida cotidiana, orientada a promover el bienestar comunicativo, intelectual, espiritual y emocional de la persona y su entorno (26).

2.1.4 Musicoterapia: beneficios y aplicaciones.

Tradicionalmente se identifica al hemisferio derecho de nuestro cerebro como el lugar de la apreciación musical, a pesar de que ningún estudio ha encontrado evidencias sólidas de ello. Sin embargo, sabemos que el sonido circula a través del córtex auditivo y activa al sistema límbico, que se responsabiliza de nuestras experiencias emocionales y de las respuestas metabólicas básicas (27).

La escucha sonora estimula sustancias químicas que genera nuestro organismo, como las endorfinas, segregadas por el hipotálamo y que inducen relajación y sensación de bienestar. Al inducir los mismos sentimientos que producen el sexo o las drogas, la música

ayuda a modular en el cerebro los niveles de dopamina, la llamada “hormona del bienestar” (27,28).

Respecto a los beneficios fisiológicos, esta terapia acelera o retarda funciones orgánicas tales como el ritmo cerebral, circulación, respiración, digestión, metabolismo y además actúa sobre el sistema nervioso central y periférico como sedante, excitante o enervante (27).

Para Barthomieu (29), la música debe ser seleccionada e individualizada según el estado clínico y los gustos musicales del paciente, que pueden conocerse a través de un cuestionario dirigido a la propia persona o la familia, lo que puede provocar efectos agradables o desagradables para los pacientes según sus preferencias y gustos (30). Por otro lado, si la intervención se lleva a cabo por personas sin preparación o conocimiento sobre la materia puede ser ineficaz o incluso provocar un aumento del estrés y malestar.

La MT permite a su vez tener experiencias sociales positivas y gratificantes disminuyendo la sensación de aislamiento, sobre todo en personas con dificultades comunicativas, ya que facilita la expresión emocional a través de la comunicación no verbal. Por otro lado, al promover la relajación tanto física como psicológica, permite aliviar en muchas ocasiones los temores de las personas al permitir evocar sentimientos y emociones, de la misma manera que puede disminuir la percepción del dolor (27).

La MT utiliza diversas técnicas y actividades para conseguir los distintos objetivos terapéuticos. Estas pueden ser actividades “receptivas” o “pasivas”, como la audición musical, o bien existen otras técnicas con mayor grado de participación e implicación, que se engloban en las llamadas actividades “activas”, como cantar, tocar un instrumento, bailar, etc.

Estas técnicas pueden emplearse en diferentes sesiones y deben tenerse en cuenta a la hora de organizar una sesión de MT.

2.1.5 Técnicas de musicoterapia

En MT se pueden distinguir varias técnicas de actuación fundamentales, que se pueden llevar a cabo de dos maneras diferentes:

- a) Basándose en la recepción: el participante percibe la música de forma pasiva y el musicoterapeuta se encarga de la interpretación de la música, ya sea mediante un reproductor de música, o bien un instrumento en vivo.

- b) Basándose en la actuación: se centra en el participante, ya que será él quien produzca la música mediante instrumentos fáciles de usar sin conocimientos musicales previos (instrumentos orff) o bien mediante la voz.

Una vez diferenciadas estas dos maneras de aplicar la Musicoterapia, existen diferentes técnicas concretas que se pueden emplear, en grupo o de manera individual:

IMPROVISACIÓN INSTRUMENTAL

Según Vaillancourt (31) (profesora de Musicoterapia, enfermera especializada en salud mental, oncología y cuidados paliativos y presidenta de la Asociación de Musicoterapeutas de Québec) consiste en utilizar instrumentos musicales para alcanzar el objetivo de expresar sentimientos y emociones espontáneamente, en especial con instrumentos de percusión de fácil manejo.

En dicha improvisación, se suelen emplear los Instrumentos Orff, que son aquellos pequeños instrumentos para los que no es necesario que el paciente tenga conocimientos de música, y que son fáciles de usar y dirigidos (32). Entre ellos se encuentran los siguientes instrumentos representados en la Imagen 1:

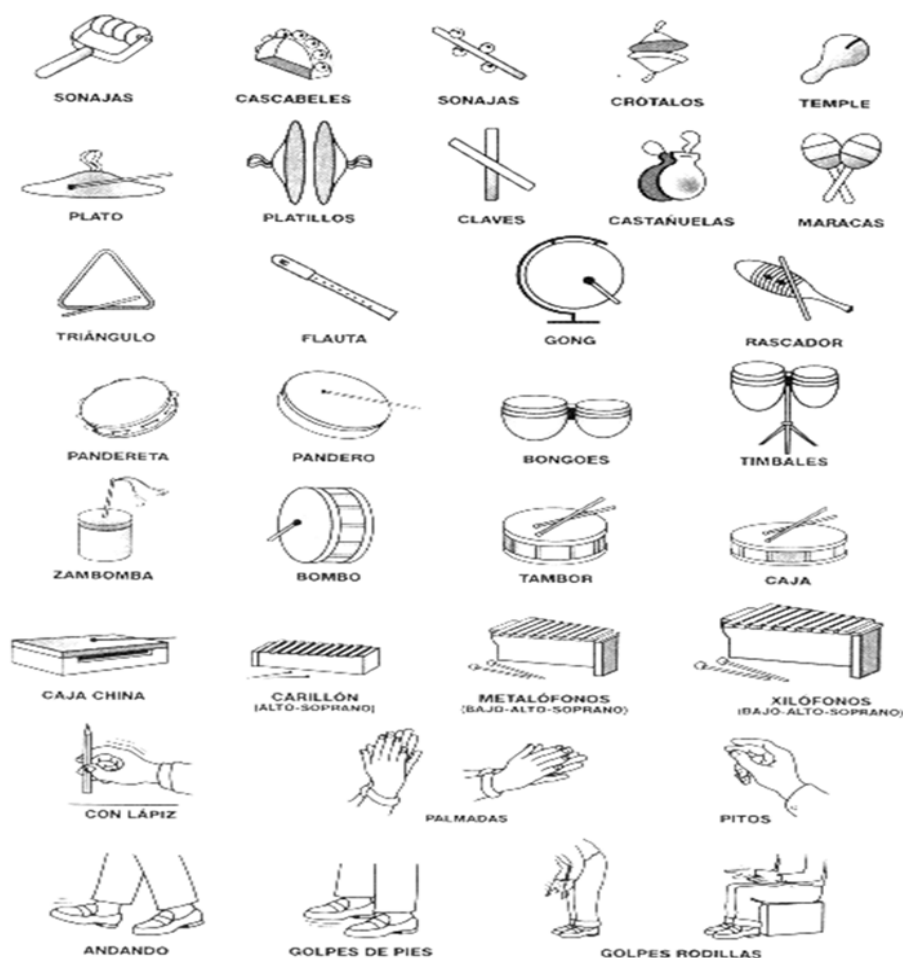


Imagen 1. Representación gráfica de los Instrumentos del método Orff con nombre. Fuente: anjoimprovisando. Ficha N° 8: El método Orff [Internet]. Aprendiendo Con Las Artes. 2012 [citado 7 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://aprendiendoconlasartes.wordpress.com/2012/09/17/ficha-n-8->

Se pueden ofrecer dichos instrumentos a los pacientes, de modo que puedan reproducir los sonidos que deseen, explorando la riqueza sonora de cada uno. Se pueden poner a su disposición diferentes instrumentos de pequeña percusión o de fácil manejo, de manera que cada uno decida cuál quiere utilizar en cada momento según su estado de ánimo y preferencias.

El objetivo de esta práctica es favorecer la creatividad, promover la expresión libre y generar un espacio de confianza con la persona facilitadora de la sesión. En ocasiones, pueden encontrar dificultades para expresar verbalmente sus emociones, convirtiendo así la música en una alternativa de comunicación no verbal que permite exteriorizar aquello que les cuesta decir con palabras. Asimismo, los sonidos generados y la forma de interactuar con los instrumentos pueden aportar pistas al profesional acerca del estado emocional de la paciente.

En cuanto al formato, puede desarrollarse tanto de manera individual como grupal. En el contexto colectivo, para proporcionar una guía y cohesión, el profesional puede proponer estructuras rítmicas o patrones musicales sencillos, sin perder la espontaneidad y el carácter expresivo de la experiencia (12,33–35).

IMPROVISACIÓN VOCAL

La improvisación vocal consiste en el uso de la voz, principal instrumento del ser humano para expresarse personalmente y que todos hemos usado alguna vez. También en este caso, se puede realizar de forma grupal o individual.

Aquí se pueden usar diferentes recursos, tales como la improvisación a partir de palabras significativas, explorando los diferentes sonidos que podemos realizar con nuestro cuerpo, o ambientales, inspirados en la vida cotidiana (como ejemplo, el fluir del agua, el viento, o bien la lluvia), lo que puede dar sensación de calma y favorecer la relajación. Del mismo modo, también se pueden imitar sonidos mediante la voz o la misma respiración, tomando conciencia de uno mismo y propiciando un mayor autoconocimiento. A través de esta experiencia los participantes pueden expresar emociones, animarse a sentirlas, y explorar nuevas formas de comunicación no verbal, además de conseguir una mejor respiración, incluso lograr una mejor colocación postural (34,36).

CANCIÓN

En esta técnica, el principal instrumento continúa siendo la voz humana, pero utilizando canciones conocidas o incluso inventadas en la misma intervención. El canto se convierte en una herramienta valiosa dentro de la sesión de musicoterapia, ya que permite estructurar y dar coherencia al proceso terapéutico. Por ejemplo, se puede utilizar una misma canción para iniciar cada encuentro, de manera que los pacientes identifiquen este recurso como señal de inicio de la sesión, y otra melodía distinta para cerrar, generando así una sensación de rutina, contención y seguridad.

Durante la sesión, se pueden seleccionar canciones conocidas por los pacientes (ya sean populares, tradicionales o de sus preferencias personales), favoreciendo así la conexión emocional y la evocación de recuerdos significativos. También se puede fomentar que se propongan canciones que les resulten agradables o importantes en su historia personal, lo cual refuerza la sensación de control y participación activa en la intervención, además en el caso de ser intervenciones grupales, fomenta el sentimiento de comprensión en el grupo.

Otra posibilidad es la creación de nuevas letras a partir de melodías ya conocidas, o incluso la composición colectiva de pequeñas canciones guiadas por el profesional. A través de este proceso creativo, los participantes pueden proyectar sus emociones, preocupaciones o esperanzas de manera simbólica, aportando al mismo tiempo información relevante al terapeuta o al equipo de enfermería sobre su estado emocional (36).

ESCUCHA Y AUDICIÓN

Otra técnica habitual en musicoterapia es la audición de diferentes piezas musicales seleccionadas por el profesional en función de los objetivos terapéuticos y del perfil de las pacientes. La música escuchada puede evocar una amplia gama de emociones (calma, serenidad, esperanza o vitalidad) y favorecer tanto la relajación como la expresión emocional.

La selección de las obras puede incluir música clásica, instrumental, contemporánea o de otros géneros significativos para las pacientes, siempre teniendo en cuenta sus preferencias musicales y culturales. De este modo, la escucha no solo promueve el bienestar psicológico, sino también el sentido de identidad y de conexión personal. El tipo de música utilizada en las sesiones se determina por las preferencias musicales de la persona en términos de estilo, instrumentación, etc.

También se pueden utilizar incluso diferentes sonidos aislados sin constituir ninguna melodía (estímulo sonoro), basándose en el efecto de las frecuencias de cada sonido y no en los elementos rítmicos, melódicos y/o armónicos (16).

Asimismo, las audiciones pueden emplearse como base para la reflexión o el diálogo posterior en la sesión, donde las pacientes comparten las sensaciones o recuerdos despertados por la música. Este espacio de comunicación potencia la cohesión grupal y el apoyo mutuo en contextos colectivos, fomentando un abordaje integral del bienestar emocional (34,37).

2.2 Musicoterapia en oncología y cuidados enfermeros

2.2.1 El cáncer de mama y su impacto en la salud

El cáncer de mama constituye la neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial y una de las principales causas de mortalidad oncológica femenina. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2022 se diagnosticaron más de 2,3 millones de casos nuevos, lo que representa aproximadamente el 11,7% de todos los cánceres a nivel global (38). En España, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) estimó que en 2023 se diagnosticaron alrededor de 35.000 casos, consolidándose como el tumor más prevalente entre las mujeres (39).

Más allá de su elevada incidencia, el cáncer de mama conlleva importantes consecuencias físicas, emocionales y sociales. Los tratamientos quirúrgicos, quimioterápicos y radioterápicos suelen asociarse a efectos secundarios como dolor, fatiga, alopecia, linfedema y alteraciones de la imagen corporal (40,41). A nivel psicológico, las pacientes experimentan con frecuencia ansiedad, depresión y miedo a las recaídas, lo que afecta directamente a su calidad de vida y a su capacidad de afrontamiento durante su proceso de enfermedad (42).

El afrontamiento emocional se entiende como el conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que permiten a la persona manejar las demandas internas y externas generadas por la enfermedad (43). En estas mujeres, estas estrategias pueden oscilar entre recursos adaptativos (búsqueda de apoyo social, espiritualidad y la expresión emocional) y recursos desadaptativos (evitación, negación o aislamiento) (44,45). Por otro lado, el diagnóstico genera un fuerte impacto emocional, generalmente asociado a sentimientos de miedo, incertidumbre y pérdida de control (46). Durante la hospitalización, aunque es necesaria en muchas ocasiones, se enfrentan no solo a los efectos físicos del tratamiento,

si no que tienen que convivir con la separación de su entorno familiar, falta de privacidad y alteración de su rutina, provocando una sensación de vulnerabilidad, soledad y pérdida de autonomía. Es por todo ello que contar con un abordaje integral de cuidados que incluya a su vez intervenciones de apoyo emocional y social, es fundamental para mejorar la experiencia personal de las mujeres durante el proceso oncológico (47,48)

En estudios realizados en diferentes países y momentos históricos se ha observado que las estrategias de afrontamiento adaptativas se relacionan con menor ansiedad, mayor ajuste psicológico y mejor calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Por ejemplo, investigaciones en Estados Unidos a principios de los 2000 realizadas con mujeres recién diagnosticadas coinciden con una investigación en población mexicana del 2023, en que el afrontamiento activo, expresivo o basado en la aceptación favorece una mejor adaptación emocional durante el proceso oncológico. De igual manera en 2009, en una revisión internacional realizada en países en desarrollo, reflejó que las mujeres con estrategias centradas en el apoyo social presentan menor estrés y mayor capacidad de afrontamiento (49–51), lo que indica que las estrategias de evitación o afrontamiento pasivo se asocian sistemáticamente con mayor malestar psicológico y un proceso de adaptación más difícil (52).

En este contexto, la intervención enfermera resulta fundamental, ya que la enfermería tiene un papel privilegiado en la detección de necesidades emocionales y la implementación de intervenciones que favorezcan un afrontamiento positivo durante la hospitalización. Entre estas estrategias destacan las terapias creativas y expresivas, como la musicoterapia, que muestran resultados prometedores en la reducción del malestar psicológico y en el fortalecimiento de recursos personales para afrontar la enfermedad (8).

2.2.2 Musicoterapia en oncología

La MT se ha consolidado como una intervención complementaria en oncología desde los primeros estudios de Munro y Mount en 1978 (53) quienes describieron su aplicación y eficacia en pacientes oncológicos. Desde entonces, diversos estudios han documentado que la MT puede integrarse de manera progresiva en la atención oncológica y psicooncológica, ofreciendo un enfoque integral que aborda aspectos fisiológicos, emocionales, sociales y espirituales (10,53,54).

Como intervención no farmacológica, la MT obtiene varios beneficios, entre los que podemos encontrar: reducción de la ansiedad y del estrés, disminución de dolor, un mejor

estado de ánimo, fortalecimiento del apoyo social y familiar, al igual que en parámetros fisiológicos como la tensión arterial, la respiración o la frecuencia cardíaca(10,54,55).

La musicoterapia se ha aplicado en diferentes contextos oncológicos, sobretodo en Pediatría, donde se ha observado que mejora la ansiedad, facilita la adherencia a procedimientos médicos y potencia el bienestar general de los niños y sus familias, obteniendo mayores avances que en adultos (56,57). Por otro lado, en adultos hospitalizados, la MT ha demostrado una mejor eficacia para reducir el estrés preoperatorio, mejorar la calidad del sueño y promover la relajación, de la misma manera que en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, gastrointestinal o hematológico, ayuda a disminuir el dolor y la fatiga asociada a los tratamientos (4,5,7,55,58,59).

2.2.3 Musicoterapia como intervención enfermera

La música como intervención en el cuidado de enfermería puede estar presente en la planificación de cuidados, ya que, en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, del inglés *Nursing Interventions Classification* (NIC) (24) se establece como intervención enfermera la “Musicoterapia”, antes llamada “Terapia musical”, con el código 4400, y la define, como: “*Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico*” (60).

Siguiendo la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, las principales actividades que se derivan de la intervención MT son (24,60):

- Determinar el cambio de conducta específico y/o fisiológico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor)
- Determinar el interés del paciente por la música,
- Identificar las preferencias musicales de la persona
- Elegir selecciones representativas de las preferencias de esta, teniendo en cuenta el cambio de conducta deseado
- Proporcionar la disponibilidad de equipo de música, dispositivos, cintas de música y auriculares, si es preciso, al paciente en buen estado de funcionamiento, asegurándose de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto
- Evitar largos periodos de escucha musical ya que es contraproducente escuchar música continuamente, debido a que adormece la sensibilidad musical y fatiga a la persona
- Evitar la música estimulante después de una lesión aguda en la cabeza

- Facilitar la participación del paciente tocando un instrumento, si tiene la capacidad, o cantar, si lo desea y es factible dentro de la situación (61)

En cuanto a diagnósticos enfermeros, la musicoterapia se relaciona con varios diagnósticos de la taxonomía NANDA (62), del inglés *North American Nursing Diagnosis Association*, aplicables al ámbito oncológico adulto. Entre ellas destacan:

- **[00146] Ansiedad**, vinculada a la incertidumbre sobre el diagnóstico y el tratamiento, así como al temor a las recidivas.
- **[00118] Trastorno de la imagen corporal**, frecuente tras mastectomía, caída del cabello u otros tratamientos que modifican la apariencia física.
- **[00148] Temor**, asociado a procedimientos invasivos, cirugía o a la evolución de la enfermedad.
- **[00240] Afrontamiento ineficaz**, relacionado con la dificultad para manejar el impacto emocional del cáncer de mama.

En cuanto a las intervenciones NIC, la musicoterapia aparece de manera explícita en **[4400] Musicoterapia**, y como actividad dentro de otras intervenciones relevantes en oncología, tales como:

- **[5820] Disminución de la ansiedad**,
- **[5230] Aumentar el afrontamiento**,
- **[5460] Aumentar el sistema de apoyo**,
- **[1850] Mejorar la imagen corporal**,
- **[1800] Fomentar el bienestar emocional**.

Por otro lado, los resultados de enfermería (NOC), del inglés *North American Nursing Diagnosis Association*, en los que la musicoterapia puede tener un impacto positivo incluyen:

- **[1211] Nivel de ansiedad**,
- **[1302] Afrontamiento de problemas**,
- **[1205] Autoestima**,
- **[2100] Bienestar emocional**,

- **[1200] Imagen corporal,**
- **[2002] Calidad de vida.**

De este modo, la musicoterapia cuenta con conexión entre diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería clave en el cuidado de pacientes con cáncer de mama, contribuyendo a un abordaje integral que favorece tanto el bienestar emocional como la adaptación a los cambios provocados por la enfermedad y sus tratamientos correspondientes (60).

Actualmente aliviar la ansiedad y el malestar de los pacientes durante su hospitalización es importante para las enfermeras, ya que ese periodo resulta estresante. Es una intervención no invasiva, efectiva y rentable que permite la creación de un ambiente curativo para el bienestar de la persona y no debería ser considerada accesoria por parte las enfermeras, sino como recurso fundamental para facilitar las experiencias salud-enfermedad compartidas con las personas que cuidan y así satisfacer sus necesidades de cuidado (63). Por otro lado, dicha intervención no solo ayuda en los aspectos mencionados anteriormente, sino que, a su vez, fortalece el vínculo terapéutico, mejora la comunicación enfermera-paciente y aporta una mayor satisfacción profesional del personal sanitario (64–66).

Como hemos visto anteriormente, la MT puede aplicarse en el ámbito hospitalario en sus dos modalidades: activa y pasiva (31). Ambas modalidades pueden adaptarse a las condiciones físicas y emocionales de las pacientes con cáncer de mama, priorizando la flexibilidad, el respeto a los ritmos personales y la integración en la rutina asistencial (67).

Desde el enfoque enfermero, la MT se puede incorporar como intervención complementaria a los cuidados habituales del paciente, especialmente enfocado al manejo de la ansiedad, distrés y afrontamiento emocional durante los tratamientos o la hospitalización (4). La enfermera, como profesional de referencia y cuidadora principal, desempeña un papel clave en la selección, preparación del entorno y acompañamiento terapéutico durante la sesión, asegurando la continuidad de cuidados y la coordinación con el musicoterapeuta cuando participe un profesional especializado (68,69).

Sin embargo, aplicar la MT en oncología puede tener ciertas limitaciones, ya que la fatiga, el dolor, las náuseas o el estado inmunológico del paciente, reducen la tolerancia o disposición para participar de forma activa en la intervención, por ello, se recomienda adaptar la duración, intensidad e incluso el tipo de sesión según su situación clínica (7).

Asimismo, la disponibilidad de recursos humanos y materiales, como espacios adecuados, instrumentos y formación específica del personal, puede condicionar su implementación (70). A pesar de estas barreras, múltiples estudios han evidenciado que la musicoterapia, incluso en formato breve o adaptado por enfermería, favorece la relajación, disminuye el estrés y fortalece la alianza terapéutica (3,6,71).

2.3 Búsqueda bibliográfica

2.3.1 Justificación de la búsqueda bibliográfica

Esta revisión bibliográfica actual se centra en mujeres adultas hospitalizadas con cáncer de mama, ya que se trata de una de las poblaciones oncológicas más estudiadas en relación a intervenciones no farmacológicas como la musicoterapia. Este diseño permite trabajar con una muestra más homogénea en cuanto a características clínicas y emocionales, lo que facilita la comparación entre estudios.

La búsqueda y selección de artículos se realizó siguiendo las recomendaciones de la metodología PRISMA, que guía la planificación, ejecución y reporte de revisiones sistemáticas de manera transparente y rigurosa (72).

2.3.2 Pregunta PICO

P (Paciente): Mujeres adultas hospitalizadas con diagnóstico de cáncer de mama

I (Intervención): Musicoterapia pasiva y activa complementaria a cuidados habituales, aplicada por enfermería

C (Comparación): Cuidados habituales sin intervención musical

O (Resultados): Reducción de la ansiedad y mejora del afrontamiento emocional

Pregunta formulada:

¿En mujeres adultas hospitalizadas con cáncer de mama, una intervención enfermera de musicoterapia pasiva y activa contribuye a reducir la ansiedad y mejorar el afrontamiento emocional en comparación con los cuidados habituales?

2.3.3 Objetivos de la búsqueda bibliográfica

Objetivo general

Explorar la efectividad de una intervención enfermera basada en musicoterapia pasiva y activa en la reducción de la ansiedad y la mejora del afrontamiento emocional en mujeres adultas hospitalizadas con cáncer de mama.

Objetivos específicos

- Revisar la evidencia científica disponible sobre la aplicación de musicoterapia pasiva y activa en mujeres hospitalizadas con cáncer de mama.
- Analizar el impacto de la musicoterapia en variables emocionales concretas, como la ansiedad, el estado de ánimo y las estrategias de afrontamiento
- Describir el rol de la enfermería en la planificación, implementación y acompañamiento de intervenciones no farmacológicas basadas en musicoterapia.
- Identificar el impacto de la musicoterapia en la ansiedad, el estado de ánimo y las estrategias de afrontamiento utilizadas por mujeres hospitalizadas con cáncer de mama.
- Comparar los resultados emocionales de las pacientes que reciben únicamente cuidados habituales frente a aquellas que participan en una intervención enfermera de musicoterapia.

2.3.4 Criterios de inclusión de la búsqueda bibliográfica

1. **Población:** Mujeres adultas (≥ 18 años) con diagnóstico de cáncer de mama en estadios I–III.
2. **Intervención:** Estudios que apliquen musicoterapia (pasiva, activa o ambas). Puede estar implementada por personal sanitario, incluyendo enfermería.
3. **Contexto clínico:** Estudios realizados en ámbitos hospitalarios o en unidades oncológicas (hospitalización convencional o centro de día).
4. **Resultados evaluados:** Estudios que midan al menos uno de los siguientes:
 - Niveles de ansiedad
 - Afrontamiento emocional
 - Estado de ánimo o bienestar psicológico
5. **Diseño del estudio:**
 - Ensayos clínicos controlados (RCT)
 - Estudios cuasi-experimentales
 - Revisión sistemática / metaanálisis
6. **Idioma:** Artículos en inglés o español.

7. **Periodo de publicación:** Últimos **10 años** (2015–2025).
8. **Accesibilidad:** Artículos con **texto completo disponible**.

2.3.5 Criterios de exclusión

1. Estudios centrados en otros tipos de cáncer (no cáncer de mama) o que no especifiquen claramente la población.
2. Intervenciones que no incluyan musicoterapia o que la combinen con otras técnicas, sin evaluar sus efectos de forma aislada.
3. Estudios dirigidos a niños o personas mayores de 80 años.
4. Artículos de opinión, cartas al editor o protocolos sin resultados
5. Pacientes pediátricas o varones con cáncer de mama (otra población).
6. Mujeres con cáncer de mama metastásico avanzado y esperanza de vida <6 meses.
7. Intervenciones no basadas en musicoterapia (ej.: solo relajación, mindfulness, ejercicio físico sin componente musical).
8. Estudios sin grupo control o con metodología insuficiente para extraer resultados fiables.
9. Estudios centrados únicamente en fase de supervivencia o cuidados paliativos domiciliarios (fuera del contexto de hospitalización).

2.3.6 Estrategia de búsqueda detallada

Bases de datos utilizadas: PubMed, CINAHL, Cochrane Library

Se emplearon tres bases consolidadas (PubMed, CINAHL, Cochrane) para asegurar cobertura interdisciplinar y robustez metodológica. Se priorizaron estudios recientes (últimos diez años), realizados con mujeres adultas con cáncer de mama e intervenciones de musicoterapia (pasiva o activa), que a su vez, midieron parámetros emocionales. Se excluyeron intervenciones exclusivas sin participación clínica o aquellos centrados en dolor físico sin componente emocional. Para esta revisión se emplearon los términos controlados de los tesauros MeSH (Medical Subject Headings) en PubMed y CINAHL. Aunque existen los descriptores DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), utilizados en bases de datos latinoamericanas, no se aplicaron en esta búsqueda, dado que la revisión se centró en bases de datos internacionales que utilizan MeSH. Los tesauros permiten identificar artículos relacionados con conceptos clave, incluso cuando los autores utilizan sinónimos o terminología diversa.

Además, se realizó una búsqueda complementaria en Google Scholar para identificar literatura gris o artículos no indexados en las bases principales, aplicando filtros de idioma (inglés o español) y publicación en los últimos 10 años. Se revisaron los primeros 50 resultados para evitar duplicados y seleccionar artículos pertinentes al objetivo de la revisión

Términos y operadores utilizados:

- **PubMed:**
("breast neoplasms"[MeSH Terms] OR "breast cancer") AND ("music therapy"[MeSH Terms] OR "music listening" OR "music intervention") AND ("anxiety"[MeSH Terms] OR "coping" OR "emotional well-being")
- **CINAHL:**
(MH "Breast Neoplasms" OR "breast cancer") AND (MH "Music Therapy" OR "music intervention") AND (anxiety OR coping OR emotional well-being)
- **Cochrane** **Library:**
"breast cancer" AND "music therapy" AND (anxiety OR coping OR emotional well-being)
- **Google Scholar:** 'breast cancer' AND 'music therapy' AND ('anxiety' OR 'coping' OR 'emotional well-being')

Filtros aplicados:

- Texto completo
- Mujeres adultas (edad mayor o igual a 18 años)
- Últimos 10 años (entre 2015 y 2025)
- Idioma inglés o español

Flujograma

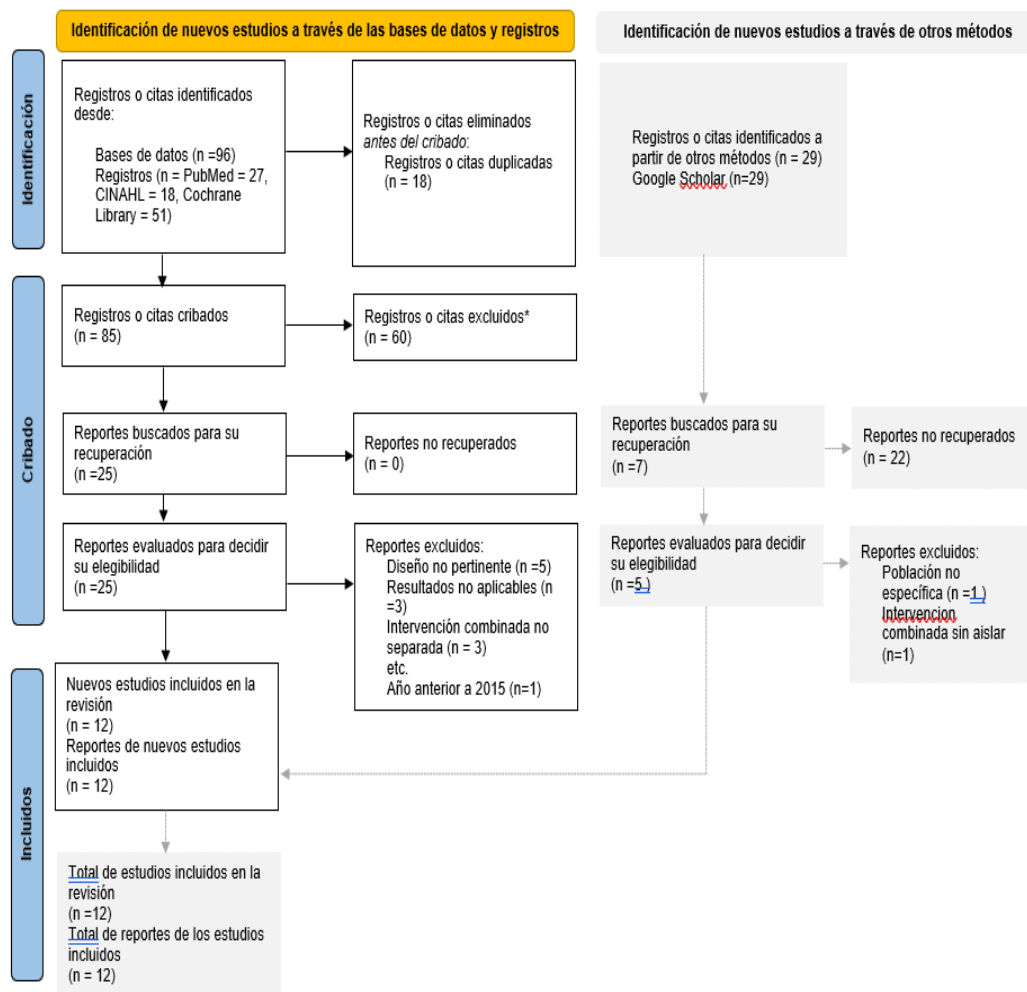


Imagen 1: Flujograma de datos de la búsqueda bibliográfica. Elaboración propia.

2.3.7 Resultados de la búsqueda:

- **PubMed:** 27 artículos encontrados.
- **CINAHL:** 18 artículos encontrados tras aplicar filtros.
- **Cochrane Library:** 51 artículos encontrados con los términos y filtros aplicados.
- **Google scholar:** 29 artículos encontrados

Tras cribado, se seleccionan en total 12 artículos de interés:

Nº	Autor / Año	Diseño y muestra	Tipo de musicoterapia	Contexto o fase del tratamiento	Resultados principales	DOI
1	Chen SC et al., 2018	Ensayo controlado aleatorizado (n=60)	Pasiva y autodirigida	Quimioterapia ambulatoria	La musicoterapia grupal redujo significativamente el estrés y mejoró la reevaluación cognitiva frente al grupo autodirigido.	DOI: 10.1007/s00520-017-3850-1
2	Lima TU et al., 2020	Ensayo clínico aleatorizado (n=88)	Pasiva (escucha guiada)	Durante quimioterapia	Aumento significativo de la calidad de vida y reducción de ansiedad comparado con control.	DOI: 10.1177/1534735420938430
3	Zhou K et al., 2015	Ensayo clínico aleatorizado (n=120)	Combinada (musicoterapia + relajación muscular progresiva)	Post-mastectomía	Disminución de depresión, ansiedad y reducción del tiempo de hospitalización.	DOI: 10.1016/j.ejon.2014.07.010
4	Zeppegno P et al., 2021	Ensayo clínico aleatorizado (n=60)	Pasiva	Radioterapia	Mejoras significativas en ansiedad, depresión y marcadores de estrés oxidativo.	DOI: 10.3390/cancers13081752
5	Tola YO et al., 2025	Ensayo controlado aleatorizado (n=80)	Activa y pasiva	Mujeres con cáncer hospitalizadas	La combinación activa-pasiva mejoró el bienestar psicológico y redujo síntomas depresivos.	DOI: 10.1097/NCC.0000000000001308
6	Xu F et al., 2024	Meta-análisis (32 RCTs)	Activa y pasiva	Diferentes fases del tratamiento	Reducción global de ansiedad y depresión; mejor efecto cuando las sesiones son en vivo y dirigidas.	DOI: 10.1038/s41598-024-66836-x
7	Chang HY et al., 2024	Ensayo clínico aleatorizado (n=70)	Combinada (musicoterapia y ejercicio aeróbico)	Quimioterapia post-mastectomía	Mejora la calidad del sueño y el estado emocional frente al control.	DOI: 10.1186/s12905-024-03241-6
8	Chirico A et al., 2020	Ensayo clínico aleatorizado (n=94)	Pasiva en combinación con realidad virtual	Durante quimioterapia	Reducción significativa de ansiedad y dolor durante la infusión.	DOI: 10.1002/jcp.29422
9	Lesiuk T, 2016	Ensayo cuasi-experimental (n=63)	Activa y basada en mindfulness	Mujeres con cáncer de mama en adyuvancia	Mejoras en el estado de ánimo y la atención plena; incremento de la calidad de vida.	DOI: 10.3390/healthcare4030053
10	Lafçi D & Öztunç G, 2015	Ensayo controlado aleatorizado (n=50)	Pasiva	Durante quimioterapia	Reducción significativa de la ansiedad y mejora de las estrategias de afrontamiento.	ISSN: 1791-5201
11	Martí Augé B et al., 2015	Ensayo controlado aleatorizado (n=42)	Pasiva	Supervivientes de cáncer de mama	Mejoras significativas en el estado de ánimo y bienestar emocional.	ISSN: 1696-7240
12	Papanikolaou E et al., 2023	Ensayo clínico aleatorizado (n=90)	Combinada (musicoterapia + visualización guiada)	Durante tratamiento activo	Mejor regulación emocional y afrontamiento adaptativo frente a control.	DOI: 10.1093/jmt/thad011

Tabla 2. Resultado de búsqueda bibliográfica actual. Elaboración propia

2.3.8 Resultados de la búsqueda bibliográfica sobre musicoterapia en cáncer de mama actual.

En los últimos años, la musicoterapia ha comenzado a considerarse relevante como un recurso no farmacológico efectivo para abordar las emociones de las mujeres con cáncer de mama, sobre todo en el ambiente hospitalario. La evidencia analizada muestra que su uso puede ayudar a disminuir la ansiedad, elevar el ánimo, fortalecer el manejo de las emociones y mejorar la calidad de vida durante las diferentes etapas del tratamiento (3,9,71).

En los artículos analizados se exploran tanto la musicoterapia pasiva (audición guiada con música seleccionada) como la activa (canto, improvisación instrumental, o movimiento corporal). Ambos métodos muestran resultados positivos, aunque si que muestran matices según el tipo de intervención y momento del tratamiento.

Por un lado, la musicoterapia pasiva ha demostrado reducir la ansiedad significativamente y la tensión emocional en mujeres en tratamiento activo u hospitalizadas, sobre todo durante la quimioterapia o procedimientos invasivos, como ocurre en el estudio de Zhou et al. (5), donde observaron que combinando la audición musical y la relajación muscular progresiva tras una mastectomía, redujo los niveles de ansiedad y mejoró el sueño. También Lafçi y Öztunç (9) evidenciaron una disminución de la ansiedad y mayor uso de estrategias de afrontamiento adaptativas tras sesiones de música receptiva guiada por enfermería.

Por otro lado, los resultados de la musicoterapia activa destacan su efecto positivo en la expresión emocional y el fortalecimiento de la propia percepción de eficacia percibida por los mismos participantes. Entre estos artículos, Chen et al. (2) compararon intervenciones grupales y autoguiadas, encontrando que la participación activa en grupo favorecía una percepción más positiva del tratamiento y un menor malestar psicológico, mientras que Lesiuk (67) constató que la musicoterapia basada en mindfulness mejoró el estado de ánimo y la calidad de vida, coincidiendo con los hallazgos de Martí Augé et al. (10), que documentaron una mejora en el humor y la vitalidad de las participantes tras un programa de musicoterapia estructurada.

Otros estudios amplían la perspectiva combinando la música con otras terapias complementarias. Por ejemplo, Chirico et al. (8) integraron musicoterapia pasiva con realidad virtual como estrategia de distracción durante la quimioterapia, logrando reducciones significativas en ansiedad y dolor, del mismo modo que Papanikolaou et al. (73) observaron que la combinación de musicoterapia y visualización guiada mejoró la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento. Otras investigaciones recientes, como las de Chang et al. y Xu et al. (59,71), refuerzan dichos resultados, señalando beneficios sobre la calidad del sueño, el estado de ánimo y la sintomatología depresiva.

En conjunto, a pesar de que la mayoría evidencia disponible no proviene de fuentes de habla hispana, sino inglesa, lo que indica una necesidad de investigación en nuestro país, sí que respalda el uso de la musicoterapia como intervención complementaria, factible, segura y bien aceptada en mujeres con cáncer de mama hospitalizadas o en tratamiento activo. Esta revisión muestra que la música, tanto en modalidades pasivas como activas, contribuye a humanizar la atención y a mitigar el impacto emocional del proceso oncológico. En la mayoría de los estudios, las intervenciones fueron conducidas por musicoterapeutas, con participación colaborativa de enfermería en la organización y

acompañamiento de las pacientes (3,6,7). Este aspecto sugiere que la integración del rol enfermero en la aplicación directa de la musicoterapia constituye un ámbito prometedor de investigación y desarrollo en el cuidado oncológico integral.

3. Hipótesis y objetivos

Las mujeres hospitalizadas con cáncer de mama que participen en las sesiones del programa de musicoterapia obtendrán puntuaciones más bajas en las escalas de ansiedad y depresión (HADS) post-intervención, así como puntuaciones más altas en la escala de calidad de vida (EORTC QLQ-C30), en comparación con el grupo control que recibe únicamente los cuidados habituales.

Las participantes en el grupo de musicoterapia presentarán a su vez menores niveles de distrés emocional (Termómetro de distrés) y mayores puntuaciones en afrontamiento adaptativo (Brief COPE) tras la intervención, en comparación con las pacientes del grupo control.

Objetivo general

Evaluar el efecto de un programa de musicoterapia pasiva y activa en el bienestar emocional, el afrontamiento y la calidad de vida de mujeres hospitalizadas con cáncer de mama.

Objetivos específicos

1. Determinar el impacto de la musicoterapia en los niveles de ansiedad y depresión de las pacientes, utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).
2. Analizar la influencia de la musicoterapia en la calidad de vida global y funcional, mediante el cuestionario EORTC QLQ-C30.
3. Evaluar los cambios en el distrés emocional de las pacientes tras la intervención, mediante el Termómetro de distrés.
4. Examinar la efectividad de la musicoterapia en la promoción de estrategias de afrontamiento adaptativo, según los resultados del Brief COPE.
5. Comparar los resultados del grupo de intervención y grupo control, que recibe únicamente los cuidados habituales, para determinar la relevancia clínica y estadística de la intervención.

4. Población, material y método

4.1. Diseño

Se propone un proyecto de investigación con diseño cuasiexperimental de tipo piloto, cuyo propósito es valorar la viabilidad, aceptabilidad y posibles efectos preliminares de una intervención enfermera de musicoterapia en mujeres hospitalizadas con cáncer de mama.

Se plantea con carácter exploratorio y descriptivo, orientado a estimar la factibilidad, el grado de participación y las posibles tendencias de cambio en las variables psicológicas y de calidad de vida, como base para futuros estudios de mayor escala.

El diseño incluye:

- ❖ Medidas cuantitativas pre-post, recogidas antes y después de la intervención (grupo experimental) o del tratamiento habitual (grupo control), utilizando instrumentos estandarizados:
 - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar ansiedad y depresión.
 - EORTC QLQ-C30 para medir la calidad de vida.
 - Termómetro del Distrés para detectar malestar emocional.
 - Brief COPE de 28 ítems para valorar afrontamiento adaptativo.
- ❖ Medida cualitativa: se realizará una recogida de narrativas breves al finalizar cada sesión, donde las participantes podrán expresar, por escrito o de forma dictada al investigador, cómo percibieron la experiencia de hospitalización y el afrontamiento emocional durante la intervención. Estas narrativas se analizarán con ayuda de expertos en análisis cualitativo, cuyo objetivo será comprender cómo vivieron las pacientes la intervención y qué aspectos valoraron como más útiles o significativos.
- **Variables sociodemográficas y clínicas:** se recogerán al inicio del estudio mediante una hoja de registro ad hoc, que incluirán los datos de las participantes pertinentes y se encuentran identificadas en el apartado de evaluación e instrumentos.

La asignación a grupos no será aleatoria, sino consecutiva por periodos temporales (primero grupo experimental, posteriormente grupo control), con el fin de evitar sesgo por contaminación entre pacientes, aunque, se tendrá en cuenta que las participantes del grupo intervención y el grupo control se dividan en grupos heterogéneos por pares, es decir, que tengan características similares para evitar sesgos entre ambos grupos.

La recogida de datos será realizada por el equipo investigador mediante informes estandarizados, hojas de registro sociodemográfico, registros observacionales durante las sesiones y narrativas breves de las participantes.

4.2. Lugar del estudio

Unidad de hospitalización oncológica de un hospital de tercer nivel, donde se atienden pacientes con cáncer de mama en tratamiento activo o con complicaciones derivadas de la enfermedad.

4.3. Población de estudio

4.3.1. Criterios de inclusión

- Mujeres con edad mayor o igual a 18 años.
- Diagnóstico confirmado de cáncer de mama en estadio II-III.
- Ingreso hospitalario para tratamiento oncológico.
- Estado cognitivo preservado (Mini-Mental State Examination mayor o igual a 24).
- Firma del consentimiento informado (Anexo 1).

4.3.2. Criterios de exclusión

- Hipoacusia severa no corregida.
- Trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenia, psicosis).
- Expectativa de vida menor a 3 meses.

4.3.3. Criterios de retirada

- Abandono voluntario de la paciente.
- Complicaciones médicas que impidan participar.
- No cumplimiento de $\geq 30\%$ de sesiones programadas.

4.3.4. Criterios éticos

El estudio se someterá a la valoración de un Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) u organismo equivalente antes de su inicio, conforme a la legislación española (Ley 14/2007 de Investigación Biomédica) y europea (Directiva 2001/20/CE).

Todas las participantes recibirán información oral y escrita sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos del estudio, además de ser solicitada la firma de un consentimiento informado. Por otro lado, las participantes podrán retirarse del

estudio en cualquier momento si así lo desean sin repercusión en su tratamiento habitual, ya que esta intervención no sustituye la terapia oncológica estándar.

Los datos personales serán tratados de forma confidencial y anonimizada, cumpliendo con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD, UE 2016/679) y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Las participantes serán identificadas mediante un código alfanumérico, y los resultados serán difundidos solamente con fines científicos, garantizando siempre el anonimato de las participantes. Los formularios en papel se digitalizarán mediante un escáner institucional autorizado. Una vez digitalizados, los archivos se guardarán en una carpeta protegida con contraseña dentro del sistema seguro del centro, de manera que solamente el equipo investigador tendrá acceso restringido a esta carpeta. Tras comprobar la correcta digitalización y legibilidad de los documentos, los documentos originales en papel se trasladarán al armario con cerradura destinado al estudio hasta su destrucción segura al finalizar el periodo de conservación establecido.

4.4. Material y método

4.4.1. Intervención

Grupo intervención: Se realizarán sesiones de 45 minutos, con una frecuencia de 2 sesiones por semana durante el periodo de hospitalización o tratamiento pautado guiadas por un musicoterapeuta.

Grupo control: cuidados habituales sin intervención de musicoterapia.

La intervención propuesta se integrará en los cuidados habituales durante el tratamiento, como estrategia complementaria para favorecer el afrontamiento emocional y reducir los niveles de ansiedad. Las sesiones serán guiadas por un/a musicoterapeuta titulado/a con formación sanitaria y con la colaboración del personal de enfermería, quien actuará como facilitador/a del entorno y apoyo emocional durante el proceso, de forma individual o en pequeños grupos, dependiendo de la organización de la sala., garantizando la coordinación con el equipo médico y el respeto a las necesidades clínicas inmediatas de las pacientes.

Se combinarán modalidades pasivas (escucha activa de música en vivo o grabada, acompañada de técnicas de relajación y respiración) y activas (uso de instrumentos de pequeña percusión, canto o improvisación vocal, creación de letras o diálogos musicales).

El nivel de implicación será decidido por cada paciente según su estado físico y emocional, garantizando la flexibilidad de la intervención.

El procedimiento general se estructurará en las siguientes fases:

Procedimiento general

La intervención se estructurará en sesiones de 30 a 50 minutos, divididas en tres fases (inicial, central y de cierre), con el fin de garantizar una aplicación sistemática, flexible y adaptada al entorno hospitalario.

1. Fase inicial (5–12 minutos):

En esta primera parte se procederá a la explicación de la intervención y a la recogida de expectativas y preferencias musicales mediante una breve conversación. A continuación, se valorará el estado emocional y físico de la participante, identificando signos de ansiedad o distrés mediante la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) y el termómetro del distrés, así como su calidad de vida (EORTC QLQ-C30) y las estrategias de afrontamiento (Brief COPE de 28 ítems).

Antes de iniciar esta fase, se realizará la recogida de datos sociodemográficos, en el momento de la inclusión en el estudio, con un breve cuestionario que incluirá: edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, tipo de tratamiento oncológico actual, tiempo desde el diagnóstico, comorbilidades relevantes, apoyo social y antecedentes psiquiátricos o uso de psicofármacos. Esta información permitirá describir adecuadamente la muestra y ajustar posibles variables en el análisis posterior.

2. Fase central de la sesión (15–30 minutos):

En un ambiente de confianza y sin juicios estéticos, la participante podrá expresarse libremente. Se pondrá en práctica la modalidad de musicoterapia pasiva o activa, según su preferencia:

- **Musicoterapia pasiva:** escucha guiada de música seleccionada según las preferencias personales o el objetivo terapéutico (relajación, activación, liberación emocional). La música se reproducirá mediante altavoz portátil, pudiendo alternarse música en vivo (guitarra, teclado o voz) con grabaciones de alta calidad. La duración de la escucha será de aproximadamente 10–20 minutos.
- **Musicoterapia activa:** participación libre o guiada de la paciente mediante canto, percusión con instrumentos sencillos (pandereta, maracas, tambor pequeño,

shakers) o improvisación vocal. El objetivo será fomentar la expresión emocional, la autoexploración y la sensación de control sobre el entorno terapéutico. La duración estimada de esta fase será de 15–30 minutos.

3. Cierre de sesión (5–8 minutos):

Se realizará la recogida post-intervención con las escalas HADS, termómetro del distrés, Brief COPE y EORTC QLQ-C30, además de una breve verbalización de la experiencia. Si la paciente lo desea, se incluirá un registro narrativo cualitativo para documentar su vivencia subjetiva y las emociones asociadas a la sesión.

Respecto al grupo control, se valorará el estado emocional y físico de las participantes con las mismas escalas (HADS, termómetro del distrés, EORTC QLQ-C30 y Brief COPE), siguiendo los mismos puntos temporales que el grupo intervención: valoración basal, valoración inmediata post-tratamiento, seguimiento a corto plazo (entre 72 horas y los 7 días) y seguimiento a medio plazo (4 semanas). De este modo, se garantizará la comparabilidad de los resultados entre ambos grupos.

4.4.2 Recursos

Recursos humanos

- Enfermera investigadora: responsable de la valoración emocional, recogida de datos a través de las escalas validadas, acompañamiento terapéutico durante las sesiones y registro sistemático de observaciones clínicas.
- Musicoterapeuta profesional: encargado de diseñar y conducir las sesiones, seleccionar las diferentes técnicas activas y pasivas y adaptar la intervención a las necesidades de cada paciente.
- Expertos en análisis cualitativo: profesionales con experiencia en investigación cualitativa en salud, que apoyarán la codificación, categorización y revisión del análisis temático para garantizar un mayor rigor metodológico.
- Equipo interdisciplinar de apoyo: psicología clínica, oncología o enfermería gestora de casos, para supervisión y coordinación asistencial.

Recursos materiales

- Material musical básico: instrumentos de pequeña percusión fáciles de utilizar, incluidos en el método Orff (maracas, pandereta, tambor), altavoz portátil y listas de reproducción adaptadas.

- Material para registro y evaluación: escalas HADS, EORTC QLQ-C30, Termómetro del Distrés y Brief COPE, formularios sociodemográficos y hojas para la narrativa breve post-sesión.
- Cuaderno de campo enfermero: para documentar observaciones clínicas, expresiones emocionales y respuesta a la intervención.
- Material auxiliar: sillas cómodas, mesa para instrumentos, iluminación agradable y portapapeles.

Recursos espaciales

Sala tranquila o habitación disponible con espacio suficiente para sesiones tanto individuales como en grupos pequeños, dentro de la unidad hospitalaria, con privacidad, confort y sin interrupciones o las mínimas posibles.

Recursos organizativos

- Autorización institucional y comunicación del proyecto al equipo de la unidad.
- Coordinación de la enfermera y el musicoterapeuta para una correcta planificación de sesiones y revisión del estado clínico de cada paciente.
- Protocolos de seguridad: criterios claros de inclusión/exclusión y procedimiento ante fatiga, complicaciones o voluntad de la paciente de detener la sesión.

Presupuesto económico

Concepto	Descripción	Coste estimado (en euros)
Musicoterapeuta	8 sesiones x 30-40 €/sesión	240-360
Análisis cualitativo de cuestionarios escritos	Codificación inicial y revisión por experto en análisis cualitativo	225-350
Material musical básico	Pequeños instrumentos de percusión método Orff (maracas, tambor, pandereta, cuencos)	100-200
Dispositivos de audio	Altavoz portátil o auriculares	30-50
Material de impresión	Destinado a la impresión de cuestionarios, consentimiento y escalas validadas (HADS, EORTC QLQ-30, Brief COPE y Termómetro de Distrés)	20-40
Papelería y recursos adicionales	Carpetas, hojas de registro, bolígrafos u otros	10-20
Total estimado		625-1020 €

Tabla 3. Presupuesto económico. Elaboración propia

Los costes reflejados en el presupuesto son aproximados y de carácter orientativo, pudiendo variar en función del contexto y las condiciones de aplicación del proyecto.

4.4.3 Metodología

El estudio seguirá una metodología cuasiexperimental, prospectiva y de enfoque mixto. Las participantes serán asignadas a los grupos intervención o control mediante bloques temporales consecutivos, evitando la posible contaminación entre pacientes debido a la exposición sonora compartida en el entorno hospitalario.

La recogida de datos se llevará a cabo en tres momentos:

- T0 (basal): antes del inicio de la intervención.
- T1 (intermedia): tras dos semanas de intervención o, excepcionalmente, hasta tres semanas cuando la evolución clínica o la programación del tratamiento requieran prolongar el ingreso hospitalario o espaciar las sesiones. Esta flexibilidad permitirá adaptar el protocolo al ritmo de recuperación y a la disponibilidad asistencial de cada paciente, manteniendo la coherencia en el número de sesiones realizadas.
- T2 (final): al alta hospitalaria o final del protocolo.

Los instrumentos de evaluación incluirán las escalas validadas mencionadas anteriormente, junto con una narrativa breve de la experiencia de hospitalización, recogida y analizada con ayuda de expertos en análisis cualitativo.

El equipo investigador, será responsable de la administración de cuestionarios, registros observacionales y coordinación de las sesiones. La duración total del estudio se estima en 10 meses, incluyendo la preparación, aplicación de la intervención, análisis de datos y redacción del manuscrito.

Cronograma

1. Primer mes: aprobación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) y preparación de la logística del estudio.
2. Meses 2-7: reclutamiento de participantes y aplicación de la intervención por el musicoterapeuta, con apoyo de la enfermera investigadora.
3. Mes 8: cierre de la base de datos y verificación de la información recopilada.
4. Mes 9: análisis estadístico de los datos.
5. Mes 10: redacción del manuscrito y elaboración de informes finales.

4.4.3. Evaluación e instrumentos

Ansiedad y depresión: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), validada y usada en oncología para detectar síntomas de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados o con enfermedades crónicas. Consta de 14 ítems de los cuales 7 están enfocados en la ansiedad y los 7 restantes en la depresión, y es utilizada para identificar una necesidad de apoyo psicológico o emocional (74) (Anexo 2).

Calidad de vida: European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 (EORTC QLQ-C30), es un instrumento de referencia en ensayos clínicos internacionales de oncología, usado para medir el impacto que la enfermedad y los tratamientos tienen en la vida diaria del paciente y comparar resultados. Consta de 30 ítems que cubren funciones físicas, emocionales, cognitivas y sociales, además de síntomas como la fatiga, el dolor, las náuseas o el insomnio, entre otras, y el estado general de salud, que suelen ser frecuentes. (75) (Anexo 3).

Distrés emocional: “*Distress Thermometer*”, es una herramienta usada para la detección rápida de malestar emocional, estrés, miedo o preocupación en pacientes oncológicos. Consiste en una escala visual de figura similar a un termómetro que va desde el nivel 0, que representa la ausencia de distress, al 10, representando el máximo distress(76,77) (Anexo 4).

Afrontamiento emocional: Brief COPE de 28 ítems, es una escala breve validada para identificar estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes o de enfermedad, útil para diseñar intervenciones psicosociales. Consta de 28 ítems que evalúan 14 estrategias de afrontamiento tanto activas como evitativas, además de estrategias sociales, emocionales religiosas, el humor, etc. (78) (Anexo5).

Terapia narrativa Las narrativas breves escritas por las pacientes a partir de unas breves preguntas reflejadas en un cuestionario al finalizar la intervención, serán recopiladas de forma anónima y revisadas para asegurar que estén completas y sean legibles (anexo 6). Posteriormente, se analizará el contenido, con ayuda de expertos en análisis cualitativo.

Variables sociodemográficas y clínicas en el momento basal (T0):

En la visita de inclusión se recogerán mediante un formulario estructurado y de la revisión de la historia clínica los siguientes datos:

- código de participante
- edad en años cumplidos (≥ 18)

- sexo/ género (binario, no binario)
- estado civil (Soltera, casada, pareja de hecho, separada, divorciada, viuda u otra)
- nivel educativo (educación primaria/básica, educación secundaria, educación superior/universitaria, postgrado)
- situación laboral (activo, desempleado)
- situación de apoyo social (vive sola, convive con pareja o familia)
- número de hijos
- situación socioeconómica percibida
- experiencia previa con musicoterapia o terapias complementarias (si, no y cuáles)

Respecto a variables clínicas se registrarán:

- tipo y estadio del cáncer de mama (II o III)
- tiempo desde el diagnóstico en meses
- tratamiento actual (quimioterapia, radioterapia, hormono/terapia, cirugía o combinaciones)
- ciclo o número de sesiones recibidas
- antecedentes médicos relevantes (HTA, DM, cardiopatía, trastornos psiquiátricos)
- uso de medicación psicoactiva (ansiolíticos, antidepresivos)
- estado funcional (ECOG)
- presencia de dolor (EVA 0–10)

Estos datos permitirán caracterizar la muestra, describir posibles diferencias iniciales entre los grupos y seleccionar covariables relevantes (p. ej. edad, estadio tumoral, tratamiento actual, medicación psicoactiva y puntuación basal de HADS) para análisis ajustados. La información se obtendrá por entrevista directa y mediante la consulta de la historia clínica, garantizando la confidencialidad mediante códigos de participante.

4.4.4. Tamaño muestral

Dado que este estudio se plantea como un proyecto piloto de tipo exploratorio, el objetivo principal es evaluar la viabilidad, aceptación y respuesta preliminar de la intervención enfermera de musicoterapia en mujeres hospitalizadas con cáncer de mama, lo que servirá para planificar otros proyectos en la misma línea con poblaciones mayores.

El tamaño muestral se establecerá de manera razonada, sin cálculos formales, tomando como referencia varios estudios piloto de musicoterapia en oncología, que habitualmente

incluyen entre 20 y 30 participantes por grupo (3,7,67). Este número permite explorar tendencias de cambio en las variables de ansiedad, depresión y calidad de vida, y sobre todo permitirá estimar la viabilidad logística y la aceptabilidad de la intervención entre la población afectada en el contexto hospitalario.

Los datos obtenidos en este estudio servirán para estimar la variabilidad de las medidas y el tamaño del efecto, lo que permitirá recalcular el tamaño muestral necesario para un futuro ensayo clínico de mayor escala con suficiente potencia estadística (79,80).

4.4.5. Análisis estadístico

Los datos se registrarán en una base de datos elaborada en Microsoft Excel y se analizarán mediante SPSS . Se incluirán también variables cualitativas y cuantitativas, como hemos indicado anteriormente.

Para comparar las características basales entre el grupo experimental y el grupo control, las variables cuantitativas se analizarán mediante la prueba t de Student para muestras independientes o, en caso de no cumplir los supuestos de normalidad, mediante el test de Mann–Whitney U. Mientras tanto, las variables cualitativas se evaluarán utilizando el test de Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher.

Para evaluar el efecto de la intervención a lo largo del tiempo, se aplicarán modelos lineales generales para medidas repetidas. En estos modelos se considerarán como factores el tiempo (pre y post intervención), el grupo (experimental, con musicoterapia, vs. control) y la interacción tiempo por grupo, con el objetivo de determinar si la evolución de las variables difiere entre ambos grupos.

Estos análisis permitirán identificar tendencias de cambio en la ansiedad, el estrés, la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento, así como estimar la magnitud del efecto de la intervención. Se considerará significativo un valor de $p < 0,05$, interpretando los resultados con cautela por la naturaleza piloto del estudio.

Resultados esperados

Según la evidencia disponible (3,5,6,71), la musicoterapia es capaz de fomentar el bienestar psicológico y reducir el estrés emocional en pacientes oncológicos como complemento a los tratamientos convencionales, es por ello que se espera observar una rápida respuesta emocional tras cada sesión en las puntuaciones del *Termómetro de*

Distrés además de un efecto acumulativo positivo en las escalas HADS y EORTC QLQ-C30 al completar el programa de intervenciones de forma cuantitativa en comparación al grupo control.

De forma cualitativa se prevé que las narrativas reflejen una mayor sensación de alivio, conexión con el entorno y esperanza en el grupo intervención, permitiendo valorar de forma holística no solo la eficacia terapéutica de la intervención, sino cómo impacta de manera subjetiva la hospitalización, la propia vivencia de la enfermedad y la relación enfermera-paciente.

No obstante, en caso de que los resultados no apoyaran lo citado anteriormente, el valor aportado por la discrepancia resultará de interés para evaluar la viabilidad del procedimiento, aceptabilidad de las pacientes y la respuesta clínica individual.

Los hallazgos servirán para poder realizar ajustes en la metodología respecto a número y duración de las sesiones, el tipo de música utilizada o el momento más adecuado del tratamiento para realizar la intervención; además serán útiles para analizar, desde el enfoque cualitativo, las tendencias de cambio y los comentarios recogidos para poder mejorar el diseño de cara a futuros estudios con un tamaño muestral y potencia estadística mayor. En conjunto, permitirían reforzar el papel de la musicoterapia como una intervención centrada en la persona, orientada a la humanización de los cuidados y a la mejora del afrontamiento emocional en mujeres afectadas por cáncer de mama que se encuentren hospitalizadas.

Conclusiones y aplicaciones prácticas

Este estudio contribuye a consolidar la musicoterapia como herramienta enfermera basada en evidencia, capaz de ser integrada en el contexto hospitalario oncológico. Diversos estudios previos (2,7,67) coinciden en que la música, tanto percibida de forma pasiva, como interpretada de forma activa, beneficia fisiológica y psicológicamente a la persona, disminuyendo la frecuencia cardiaca, tensión muscular y ansiedad.

De esta manera, la MT tiene potencial para mejorar la expresión de emociones, favorecer el alivio y reducir la sensación de soledad que produce la hospitalización, promoviendo la participación del paciente individualizando cada proceso según las preferencias y necesidades de los pacientes al combinar técnicas pasivas y activas. Así mismo, al integrar un componente cualitativo, podremos comprender las experiencias personales de cada paciente, lo que aporta una visión integral del afrontamiento

Desde una perspectiva profesional, este proyecto refuerza el rol de la enfermería en la implementación de intervenciones no farmacológicas, necesarias para poder proporcionar una atención humanizada y holística. Los resultados, además, pueden ayudar a crear protocolos clínicos estandarizados y a incorporar estas técnicas en programas institucionales dentro de las unidades de oncología que se centren en el bienestar emocional de la persona, además de facilitar futuras investigaciones a mayor escala.

Este proyecto presenta ciertas limitaciones debido a su metodología como estudio piloto y diseño cuasiexperimental, ya que el tamaño muestral es reducido y no existe una asignación completamente aleatoria. Del mismo modo, al realizar la intervención en un único centro hospitalario, la representación de la muestra es algo restringida.

Otra de sus limitaciones radica en la variabilidad tanto clínica como emocional de las participantes, que pueden influir en sus respuestas, del mismo modo que la evaluación cualitativa conlleva riesgo de subjetividad en el análisis, a pesar de que aporta profundidad, valor interpretativo, y que se mitigarán esos riesgos al triangular los datos y revidar las codificaciones de forma independiente.

Por último, la implementación práctica de la intervención requiere disponibilidad de profesionales formados en musicoterapia, profesional experto en análisis cualitativo y apoyo institucional, factores que pueden dificultar la replicabilidad del estudio en entornos hospitalarios con menor dotación de recursos humanos o materiales.

Aplicaciones para la práctica enfermera y futuras líneas de investigación

El desarrollo de este proyecto contribuye a integrar la musicoterapia como una herramienta terapéutica complementaria en el plan de cuidados y así tener un impacto directo en la mejora de la práctica enfermera. La evidencia científica (4,31,66), señala que la participación de enfermeras en intervenciones no farmacológicas no solo reduce el estrés de los pacientes, sino que, a su vez fortalece el vínculo terapéutico y la satisfacción del propio personal sanitario al contribuir en la humanización de cuidados y mejorar el ambiente emocional en el entorno hospitalario.

Entre las posibles aplicaciones prácticas a futuro destacan:

- La inclusión de la musicoterapia en programas de hospitalización oncológica como intervención de apoyo emocional en distintos contextos clínicos, como hospitales

de día, unidades de cuidados paliativos o programas de supervivientes de cáncer de mama.

- La formación específica de enfermeras en técnicas básicas de musicoterapia, promoviendo competencias en comunicación, empatía y manejo del estrés.

De cara a futuras investigaciones, sería recomendable realizar un ensayo clínico aleatorizado, con mayor tamaño de la muestra que permita confirmar los resultados y evaluar su sostenibilidad a largo plazo. También se podrían valorar otras variables como el dolor percibido o la fatiga, entre otras, o el formato de recogida de respuestas, si bien se le puede pedir al participante que realice un dibujo de cómo se siente. Todo ello permitirá consolidar el papel de la MT como parte integral de los cuidados de enfermería basados en la evidencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Gella Jarne H. Las terapias naturales, un instrumento de cuidados. *Med Natur.* 2015;9(1):27-32. ISSN 1576-3080
2. Chen SC, Chou CC, Chang HJ, Lin MF. Comparison of group vs self-directed music interventions to reduce chemotherapy-related distress and cognitive appraisal: an exploratory study. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* febrero de 2018;26(2):461-9. DOI: 10.1007/s00520-017-3850-1
3. Lima TU, Moura ECR, Oliveira CMB de, Leal RJDC, Nogueira Neto J, Pereira EC, et al. Impact of a Music Intervention on Quality of Life in Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: A Randomized Clinical Trial. *Integr Cancer Ther.* 1 de enero de 2020;19:1-9. DOI: 10.1177/1534735420938430
4. Bradt J, Dileo C, Myers-Coffman K, Biondo J. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2021;(10). DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub4
5. Zhou K, Li X, Li J, Liu M, Dang S, Wang D, et al. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: results on depression, anxiety and length of hospital stay. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc.* febrero de 2015;19(1):54-9. DOI: 10.1016/j.ejon.2014.07.010
6. Zeppegno P, Krengli M, Ferrante D, Bagnati M, Burgio V, Farruggio S, et al. Psychotherapy with Music Intervention Improves Anxiety, Depression and the Redox Status in Breast Cancer Patients Undergoing Radiotherapy: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Cancers.* 15 de abril de 2021;13(8):1752. DOI: 10.3390/cancers13081752
7. Tola YO, Lawal MA, Johnson EO, Phiri PG, Iloba NG, Lawal AO, et al. Development, Feasibility, and Preliminary Effects of a Hybrid-Mode Multicomponent Music Intervention for Women Undergoing Mastectomy. *Cancer Nurs.* 1 de julio de 2025;48(4):249-60. DOI: 10.1097/NCC.0000000000001308
8. Chirico A, Maiorano P, Indovina P, Milanese C, Giordano GG, Alivernini F, et al. Virtual reality and music therapy as distraction interventions to alleviate anxiety and improve mood states in breast cancer patients during chemotherapy. *J Cell Physiol.* junio de 2020;235(6):5353-62. DOI: 10.1002/jcp.29422
9. Lafçi D, Öztunç G. The Effect of Music on The Sleep Quality of Breast Cancer Patients. *Int J Caring Sci.* 1 de septiembre de 2015;8(3):633-40.
10. Martí Augé P, Mercadal Brotons M, Solé Resano C. Efecto de la musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología Investig Clínica Biopsicosocial En Oncol.* 2015;12(1):105-28. ISSN 1696-7240
11. Historia de la musicoterapia. Desde la antigüedad hasta el prerromanticismo. *Terapia musical.* [Internet]. Universidad Católica de Valencia. Postgrados de Psicología. 2017 [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en:

- <https://blogs.ucv.es/postgradopsocologia/2017/04/15/historia-musicoterapia-desde-antiguedad-hasta-prerromanticismo/>
12. Palacios Sanz JI. El concepto de Musicoterapia a través de la Historia. RIFOP Rev Interuniv Form Profr Contin Antig Rev Esc Norm. 2001;(42):19-31. ISSN 0213-8646
 13. San Agustín de Hipona. Sobre la música. Gredos; 2007. 448 p.
 14. Nilsson U. Music: A Nursing Intervention. Eur J Cardiovasc Nurs. junio de 2011;10(2):73-4. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2010.06.004
 15. Florence Nightingale. Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es. 2ª Edición. Barcelona: Salvat Editores S.A; 1995. 139 p.
 16. Betés del Toro M. Fundamentos de musicoterapia. Madrid: Morata; 2000.
 17. Investigación RS. Musicoterapia como cuidado complementario. Revisión sistemática. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 ISSN-e 2660-7085
 18. Poch Blasco, Serafina. Compendio de musicoterapia. 1º. Vol. 2. Barcelona: Herder; 1999. 384 p.
 19. Ruiz Santos M, Gamella González D. La Musicoterapia en el tratamiento integral de los pacientes oncológicos pediátricos. Rev Investig En Musicoter. 2020;4(1):78-96. ISSN-e 2530-8149
 20. RAE. «Diccionario esencial de la lengua española». 2020 [citado 26 de mayo de 2023]. música | Diccionario de la lengua española (2001).
 21. Merriam, A. P. The Anthropology of Music. Estados Unidos: Northwestern University Press; 1964. 358 p.
 22. Hodges, Donald. Implications of Music and Brain Research. Music Educ J. 87. DOI: <https://doi.org/10.2307/3399643>
 23. Bruscia Kenneth. Definiendo musicoterapia. Salamanca: Amarú Ediciones; 1997. 144 p. (Música, Arte y Proceso).
 24. McCloskey Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª. Madrid: Elsevier; 2018.
 25. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 25 de abril de 2023]. musicoterapia | Diccionario de la lengua española.
 26. Qué es la Musicoterapia [Internet]. FEAMT. Disponible en: <https://feamt.es/que-es-la-musicoterapia/>
 27. Yáñez Amorós B. Musicoterapia en el paciente oncológico. Cult Los Cuid Rev Enferm Humanidades. 2011;15(29):57-73.
 28. Daniel J. Levitin. El Cerebro Musical. Barcelona: RBA libros; 2019. 368 p.
 29. Lyman GH, Greenlee H, Bohlke K, Bao T, DeMichele AM, Deng GE, et al. Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment: ASCO Endorsement of the SIO

- Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 1 de septiembre de 2018;36(25):2647-55. DOI: 10.1200/JCO.2018.79.2721
30. Berthomieu A. Musicoterapia en Oncología. *Música Ter Comun Rev Musicoter*. 2004;(24):35-84. ISSN 0214-7572
 31. Vaillancourt G. *Música y musicoterapia: su importancia en el desarrollo infantil*. Madrid: Narcea Ediciones; 2009. 152 p.
 32. Fundación Barenboim-Said. Los principios del Orff-Schulwerk [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://barenboim-said.org/es/orff-schulwerk/>
 33. Peñalver Vilar JM. Análisis de la práctica de la improvisación musical en las distintas metodologías: características y criterios de clasificación. *Artseduca*. 2013;(4):74-85. ISSN-e 2254-0709
 34. Wigram T. *Improvisación: Métodos y técnicas para clínicos, educadores y estudiantes de Musicoterapia* [Internet]. 2005
 35. M^a Elena Guerrero García. La influencia de diferentes pedagogos en los instrumentos de percusión. *Temas para la educación- revista digital para profesionales e la enseñanza*. septiembre de 2014;(29).
 36. Alonso Medina JA. Lacarcel Moreno, Josefa. *Musicoterapia en Educación Especial*. Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico. Universidad de Murcia, 1990. 531 páginas [Internet]. 2021. ISSN: 0213-0610
 37. Grocke D, Wigram T. *Métodos receptivos en musicoterapia: Técnicas y aplicaciones clínicas para musicoterapeutas, educadores y estudiantes*. Victoria Gasteiz: AgrupArte Producciones; 2011.
 38. World Health Organization [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2025]. Breast cancer.
 39. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). *Las cifras del cancer en España 2023* [Internet]. 2023. 40 p.
 40. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res CR*. 29 de agosto de 2008;27(1):32. DOI: 10.1186/1756-9966-27-32
 41. Fallowfield L, Jenkins V. Psychosocial/survivorship issues in breast cancer: are we doing better? *J Natl Cancer Inst*. enero de 2015;107(1):335. DOI: 10.1093/jnci/dju335
 42. Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord*. 10 de diciembre de 2012;141(2-3):343-51. DOI: 10.1016/j.jad.2012.03.025
 43. Richard S. Lazarus, Susan Folkman. *Stress, Appraisal, and Coping* [Internet]. Springer Publishing Company. 1984 [citado 4 de septiembre de 2025].
 44. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early-stage breast

- cancer. *J Pers Soc Psychol.* agosto de 1993;65(2):375-90. DOI: 10.1037//0022-3514.65.2.375
45. Watson M, Greer S, Rowden L, Gorman C, Robertson B, Bliss JM, et al. Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychol Med.* febrero de 1991;21(1):51-7. DOI: 10.1017/s0033291700014641
 46. Holland JC. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med.* 2002;64(2):206-21. DOI: 10.1097/00006842-200203000-00004
 47. Penedo FJ, Molton I, Dahn JR, Shen BJ, Kinsinger D, Traeger L, et al. A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Ann Behav Med.* 2006;31(3):261-70. doi: 10.1016/j.cct.2018.06.010
 48. Kissane D. Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psychooncology.* enero de 2009;18(1):1-5. DOI: 10.1002/pon.1493
 49. Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA, Kirk SB, et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol.* octubre de 2000;68(5):875-82. DOI: 10.1037//0022-006X.68.5.875
 50. Cervantes Silva P, Reynaga Ornelas L. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer mamario: Revisión de literatura. *Rev Cuid [Internet].* 15 de agosto de 2023 [citado 23 de septiembre de 2025];12(24). ISSN-e 2707-2215, ISSN 2707-2207
 51. Al-Azri M, Al-Awisi H, Al-Moundhri M. Coping with a diagnosis of breast cancer-literature review and implications for developing countries. *Breast J.* 2009;15(6):615-22. DOI: 10.1111/j.1524-4741.2009.00812.x
 52. Compas BE, Jaser SS, Dunn MJ, Rodriguez EM. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annu Rev Clin Psychol.* 2012;8:455-80. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108
 53. Munro S, Mount B. Music therapy in palliative care. *Can Med Assoc J.* 4 de noviembre de 1978;119(9):1029-34.
 54. Bradt J, Dileo C. Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(12):CD006902. DOI: 10.1002/14651858.CD006902.pub3
 55. Ran R, Ying Y, Zhang W. Effects of Music Intervention on Anxiety, Depression Symptoms and Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Actas Esp Psiquiatr.* diciembre de 2023;51(6):250-61. ISSN:1578-2735
 56. Berthomieu A. Musicoterapia en Oncología. *Música Ter Comun Rev Musicoter.* 2004;(24):35-84.

57. Hilliard RE. Music therapy in pediatric oncology: a review of the literature. *J Soc Integr Oncol.* 2006;4(2):75-8.
58. Zhong FP, Zhong J, Zhong MY. Effect of music therapy on chemotherapy-induced nausea and vomiting in gastrointestinal cancer: A systematic review and meta-analysis. *World J Gastrointest Surg.* 27 de marzo de 2023;15(3):471-9. DOI: 10.4240/wjgs.v15.i3.471
59. Chang L, Wang Y, Zhang J, Zhao W, Li X, Yang L. Effect of music therapy combined with aerobic exercise on sleep quality among breast cancer patients undergoing chemotherapy after a radical mastectomy: a randomized controlled trial. *BMC Womens Health.* 18 de julio de 2024;24(1):408. DOI: 10.1186/s12905-024-03241-6
60. NNNConsult [Internet]. [citado 25 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/nic/>
61. Almansa Martínez MP. La terapia musical como intervención enfermera. *Enferm Glob Rev Electrónica Trimest Enferm.* 2003;2(1):26-8. ISSN-e 1695-6141
62. Diagnósticos de Enfermería NANDA 2024-2026: Guía Completa y Actualizada - Diagnósticos NANDA [Internet]. 2025
63. Pérez Vera, A.M.; López Cócera, V.C.; López Cócera, J.A.; Arias Mancheño, M.; Fernández Marín, M.L.; Ros Navarret, R.; Escutia Valentín, M.I. Musicoterapia y enfermería. *Enferm Integral.* 2013;(102):3-6 (art. cient.). ISSN 0214-012
64. Nguyen KT, Chan DNS, Cheung AT, Hoang HTX, Truong AT, Chow KM, et al. Randomised controlled trial of music listening combined with progressive muscle relaxation for mood management in women receiving chemotherapy for cancer. *Support Care Cancer.* 2025;33(3):245. DOI: 10.1007/s00520-025-09281-4
65. Choi HY, Yi YJ. Effects of Music Therapy on Anxiety, Depression and Fatigue in Cancer Patients Undergoing Intensity Modulated Radiotherapy. *Asian Oncol Nurs.* 31 de diciembre de 2013;13(4):175-83. <https://doi.org/10.5388/aon.2013.13.4.175>
66. Kaur N, Kesava J. A quasi-experimental study to assess the effectiveness of music therapy on pain level among cancer patients admitted to regional cancer hospital Indira Gandhi Medical College, Shimla, Himachal Pradesh. *BLDE Univ J Health Sci.* diciembre de 2018;3(2):108. DOI: 10.4103/bjhs.bjhs_29_1
67. Lesiuk T. The Development of a Mindfulness-Based Music Therapy (MBMT) Program for Women Receiving Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer. *Healthc Basel Switz.* 9 de agosto de 2016;4(3):53. DOI: 10.3390/healthcare4030053
68. Hunter JJ, Maunder RG, Sui D, Esplen MJ, Chaoul A, Fisch MJ, et al. A randomized trial of nurse-administered behavioral interventions to manage anticipatory nausea and vomiting in chemotherapy. *Cancer Med.* marzo de 2020;9(5):1733-40. DOI: 10.1002/cam4.2863
69. Ploukou S, Panagopoulou E. Playing music improves well-being of oncology nurses. *Appl Nurs Res ANR.* febrero de 2018;39:77-80. DOI: 10.1016/j.apnr.2017.11.007
70. Rodríguez-Rodríguez RC, Noreña-Peña A, Cháfer-Bixquert T, de Dios JG, Ruiz CS. The perception of healthcare professionals, through their own personal experiences, of the

- use of music therapy in hospitalised children and adolescents. *J Pediatr Nurs.* 2024;77:63-73. DOI: 10.1016/j.pedn.2024.02.030
71. Xu Z, Liu C, Fan W, Li S, Li Y. Effect of music therapy on anxiety and depression in breast cancer patients: systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 17 de julio de 2024;14(1):16532. DOI: 10.1038/s41598-024-66836-x
72. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 6: e1000097. ResearchGate [Internet]. 6 de agosto de 2025 DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097
73. Papanikolaou E, McKinney C, Hannibal N, Tsouvelas G, Panoskaltsis T, Karageorgopoulou S. Guided Imagery and Music in the Treatment for Breast and Gynecologic Cancer: An RCT Pilot. *J Music Ther.* 30 de diciembre de 2023;60(4):410-34. DOI: 10.1093/jmt/thad011
74. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* junio de 1983;67(6):361-70. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
75. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* 3 de marzo de 1993;85(5):365-76. DOI: 10.1093/jnci/85.5.365
76. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer.* 15 de mayo de 1998;82(10):1904-8. DOI: 10.1002/(sici)1097-0142(19980515)82:10<1904::aid-cnrc13>3.0.co;2-x
77. Priede A, Ruiz Torres M, Hoyuela F, Herrán A, González-Blanch C. El termómetro del estrés como prueba de cribado de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos recién diagnosticados. *Psicooncología.* 10 de junio de 2014;11(1):31-43. ISSN 1696-7240
78. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92-100. DOI: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
79. Hulley SB. *Diseño de Investigaciones Clínicas.* 4.^a ed. LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS; 2015.
80. Julious SA. Sample sizes for clinical trials with normal data. *Stat Med.* 30 de junio de 2004;23(12):1921-86. DOI: 10.1002/sim.1783

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado. Elaboración propia

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: "Efectividad de una intervención enfermera de terapia musical en mujeres con cáncer de mama durante la quimioterapia"

Centro: Hospital Universitario _____

Investigadora principal: Clara Marín Burguillo

Titulación: Máster Universitario en Enfermería Oncológica (Universidad Europea de Madrid)

Información al participante

Usted ha sido invitada a participar en un estudio que tiene como objetivo evaluar los efectos de la musicoterapia (escucha y participación musical guiada) sobre el bienestar emocional, la ansiedad y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que reciben tratamiento de quimioterapia.

La participación es totalmente voluntaria y no afectará en ningún caso a la calidad de la atención sanitaria que reciba.

Durante su participación:

- Formará parte de uno de los dos grupos del estudio:
 - Grupo intervención, que recibirá sesiones de musicoterapia además del tratamiento habitual.
 - Grupo control, que continuará con la atención habitual sin musicoterapia.
- Se le pedirá que complete varios cuestionarios validados (HADS, EORTC QLQ-C30, Termómetro del Distrés) antes y después de las sesiones.
- Las sesiones de musicoterapia se desarrollarán durante el tiempo de su tratamiento, con una duración aproximada de 45 minutos por sesión.
- Las sesiones podrán ser grabadas en audio o vídeo exclusivamente para fines de análisis cualitativo, siempre bajo su consentimiento explícito.

Confidencialidad

Toda la información obtenida será estrictamente confidencial y tratada conforme al Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los datos serán codificados y no se registrará su nombre ni ningún dato que permita identificarla en las publicaciones derivadas del estudio.

Este estudio no implica riesgos añadidos más allá de su tratamiento habitual. La musicoterapia es una técnica no invasiva y segura, cuyo propósito es favorecer su bienestar emocional y disminuir la ansiedad.

Derechos del participante


- La participación es voluntaria.
- Puede retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión.
- Puede solicitar información sobre los resultados generales del estudio una vez finalizado.
- Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos personales.

Declaro haber leído y comprendido la información anterior, haber recibido respuesta a mis preguntas y otorgar mi consentimiento libremente para participar en este estudio.

Nombre de la participante: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Investigador/a responsable: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Anexo 2: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Fuente:
[file:///C:/Users/clara/Downloads/HADS%20normalizado%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/clara/Downloads/HADS%20normalizado%20(1).pdf)

 GENERALITAT VALENCIANA Conselleria de Sanitat	
SERVEI/SECCIO SERVICIO/SECCIÓN UBICACIÓ UBICACIÓN	
CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> HOSPITAL DE DIA	
FULL NUM	
HOJA NUM	

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS)

NOTA: Este cuestionario se ha construido para ayudar a aquellos que le atienden a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y señale la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted **durante la semana pasada**. No piense mucho las respuestas a las preguntas, ya que si contesta deprisa podrá reflejar mejor como se encontraba usted en dicho periodo de tiempo.

- A 1.- Me siento tenso/a o "nervioso/a"**
- 3 Casi todo el día
2 Gran parte del día
1 De vez en cuando
0 Nunca
- D 2.- Todavía disfruto con lo que antes me gustaba**
- 0 Igual que antes
1 No tanto como antes
2 Solamente un poco
3 Nada
- A 3.- Tengo una gran sensación de miedo, como si algo malo me fuera a suceder**
- 3 Totalmente, y es muy fuerte
2 Si, pero no es muy fuerte
1 Un poco, pero no me preocupa
0 Nada
- D 4.- Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas**
- 0 Igual que siempre
1 Actualmente, algo menos
2 Actualmente, mucho menos
3 Actualmente, en absoluto
- A 5.- Tengo la cabeza llena de preocupaciones**
- 3 Casi todo el día
2 Gran parte del día
1 De vez en cuando
0 Nunca
- D 6.- Me siento alegre**
- 0 Gran parte del día
1 En algunas ocasiones
2 Muy pocas veces
3 Nunca

	A	7.- Puedo estar sentado/a tranquilamente y sentirme relajado/a
0		Siempre
1		A menudo
2		Raras veces
3		Nunca
	D	8.- Me siento lento/a y torpe
3		Gran parte del día
2		A menudo
1		A veces
0		Nunca
	A	9.- Tengo una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estómago
0		Nunca
1		Solo 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 cuido como debiera
0		Me cuido igual que siempre
	A	11.- Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme
3		Mucho
2		Bastante
1		No mucho
0		En absoluto
	D	12.- Tengo ilusión por las cosas
0		Como siempre
1		Algo menos que antes
2		Mucho menos que antes
3		En absoluto
	A	13.- Me asaltan sentimientos repentinos de gran angustia o temor
3		Muy frecuente
2		Bastante a menudo
1		No muy a menudo
0		Nada
	D	14.- Me divierto con un buen libro, o un buen programa de radio o TV
0		A menudo
1		Algunas veces
2		Pocas veces
3		Casi nunca
	Puntuación total:	Ansiedad..... Depresión.....
	Quien contesta:	Fecha:.....
	<input type="checkbox"/>	Paciente. Si no se realiza anotar el motivo:.....

Anexo 3: Escala de Calidad de vida EORTC QLQ C-30. Fuente:
<https://www.aecima.com/wp-content/uploads/2022/06/QLQ-C30-Spanish-Spain.pdf>

Musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la QT

231

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>large</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, afeitarse 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

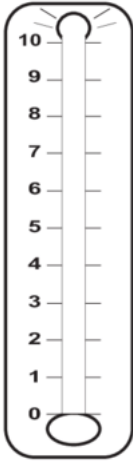
SPANISH (SPAIN)

Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
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 sus 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 <u>salud</u> general durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7
						Pésima	Excelente
30. ¿Cómo valoraría su <u>calidad de vida</u> en general durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7
						Pésima	Excelente

Anexo 4: Termometro-de-Distress. National Comprehensive Cancer Network 2007. Fuente: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Termometro-de-Distress-National-Comprehensive-Cancer-Network-2007-p-DIS-A_fig1_47527566

<p>NCCN[®] Practice Guidelines in Oncology – v.1.2007</p>	<p>Distress Management</p> <p style="text-align: right; font-size: small;"> Guidelines Index Distress Management TOC MS, References </p>		
<p>SCREENING TOOLS FOR MEASURING DISTRESS</p>			
<p>Instructions: First please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.</p>	<p>Second, please indicate if any of the following has been a problem for you in the past week including today. Be sure to check YES or NO for each.</p>		
<p>Extreme distress</p>  <p>No distress</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>YES NO <u>Practical Problems</u></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Child care</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Housing</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insurance/financial</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transportation</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Work/school</p> <p style="text-align: center;"><u>Family Problems</u></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with children</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with partner</p> <p style="text-align: center;"><u>Emotional Problems</u></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depression</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fears</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervousness</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sadness</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Worry</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Loss of interest in usual activities</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>Spiritual/religious concerns</u></p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>YES NO <u>Physical Problems</u></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Appearance</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bathing/dressing</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Breathing</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Changes in urination</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipation</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrhea</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eating</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatigue</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Feeling Swollen</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fevers</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Getting around</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indigestion</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Memory/concentration</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mouth sores</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausea</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nose dry/congested</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pain</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexual</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Skin dry/itchy</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sleep</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tingling in hands/feet</p> </td> </tr> </table> <p>Other Problems: _____</p> <p>_____</p>	<p>YES NO <u>Practical Problems</u></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Child care</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Housing</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insurance/financial</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transportation</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Work/school</p> <p style="text-align: center;"><u>Family Problems</u></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with children</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with partner</p> <p style="text-align: center;"><u>Emotional Problems</u></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depression</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fears</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervousness</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sadness</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Worry</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Loss of interest in usual activities</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>Spiritual/religious concerns</u></p>	<p>YES NO <u>Physical Problems</u></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Appearance</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bathing/dressing</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Breathing</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Changes in urination</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipation</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrhea</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eating</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatigue</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Feeling Swollen</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fevers</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Getting around</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indigestion</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Memory/concentration</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mouth sores</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausea</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nose dry/congested</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pain</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexual</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Skin dry/itchy</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sleep</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tingling in hands/feet</p>
<p>YES NO <u>Practical Problems</u></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Child care</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Housing</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insurance/financial</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transportation</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Work/school</p> <p style="text-align: center;"><u>Family Problems</u></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with children</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with partner</p> <p style="text-align: center;"><u>Emotional Problems</u></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depression</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fears</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervousness</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sadness</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Worry</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Loss of interest in usual activities</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>Spiritual/religious concerns</u></p>	<p>YES NO <u>Physical Problems</u></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Appearance</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bathing/dressing</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Breathing</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Changes in urination</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipation</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrhea</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eating</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatigue</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Feeling Swollen</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fevers</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Getting around</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indigestion</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Memory/concentration</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mouth sores</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausea</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nose dry/congested</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pain</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexual</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Skin dry/itchy</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sleep</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tingling in hands/feet</p>		

Anexo 5: Cuestionario COPE de 28 ítems. Fuente:

https://zaguan.unizar.es/record/13086/files/TAZ-TFM-2013-1174_ANE.pdf

Eventos vitales, duelo y afrontamiento desde el sentido de coherencia y el optimismo en adolescentes.

Afrontamiento: Cuestionario COPE de 28 ítems

INSTRUCCIONES. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

0 = No, en absoluto	1 = Un poco	2 = Bastante	3 = Mucho
---------------------	-------------	--------------	-----------

1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. Me digo a mí mismo "esto no es real".
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. Hago bromas sobre ello.
8. Me critico a mí mismo.
9. Consigo apoyo emocional de otros.
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. Me niego a creer que haya sucedido.
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. Me río de la situación.
20. Rezo o medito.
21. Aprendo a vivir con ello.
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. Expreso mis sentimientos negativos.
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

Anexo 6: Cuestionario post-intervención de musicoterapia. Elaboración propia.

Cuestionario breve post-intervención de musicoterapia

Código participante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Tipo de sesión: Pasiva Activa Mixta

Profesional que aplica la intervención: _____

1. ¿Cómo te sientes ahora después de la sesión de musicoterapia?

Respuesta:

2. ¿Notas algún cambio en tu estado emocional respecto a cómo estabas antes de la sesión?

Respuesta:

3. ¿Hubo algún momento o elemento de la sesión que te resultara especialmente significativo?

Respuesta:

4. ¿Qué aspectos de la intervención (sonidos, ritmo, actividad, acompañamiento...) crees que te ayudaron más?

Respuesta:

5. ¿Hubo algo que te resultara incómodo o que mejorarías de esta intervención?

Respuesta:

6. En una palabra o frase breve, ¿cómo describirías lo que te llevas de esta sesión?

Respuesta:
