



Russell E. Hilliard

Music Department, State University of New York at New Paltz New Paltz, NY, USA

Tipo de artículo: eCAM

Link al artículo original (en inglés):

<http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/content/full/2/2/173>

Publicado originalmente en:

eCAM 2005 2(2):173-178;
doi:10.1093/ecam/neh076

© The Author (2005). Published by Oxford University Press. All rights reserved.

The online version of this article has been published under an open access model. Users are entitled to use, reproduce, disseminate, or display the open access version of this article for non-commercial purposes provided that: the original authorship is properly and fully attributed; the Journal and Oxford University Press are attributed as the original place of publication with the correct citation details given; if an article is subsequently reproduced or disseminated not in its entirety but only in part or as a derivative work this must be clearly indicated. For commercial re-use, please contact journals.permissions@oupjournals.org

Musicoterapia en residencias para enfermos terminales y cuidados paliativos: revisión de los datos empíricos

RESUMEN

La musicoterapia, a la que se considera una disciplina relacionada con la salud, se utiliza cada vez más en el tratamiento de personas con una enfermedad terminal. Sin embargo, existe poca evidencia empírica que apoye el uso de la musicoterapia en estos casos. Este artículo revisa los estudios científicos presentes en la literatura e informa sobre el nacimiento de un enfoque basado en la evidencia para utilizar la musicoterapia en residencias para enfermos terminales y cuidados paliativos. Se revisan un total de 11 estudios; de éstos, 6 muestran diferencias significativas que apoyan en uso de la musicoterapia en este área. Entre las variables dependientes en las que la musicoterapia influye de forma positiva se encuentran el dolor, el bienestar físico, el cansancio y la energía física, la ansiedad y relajación, el tiempo y duración de tratamiento, el ánimo, la espiritualidad y la calidad de vida. Asimismo, se revisan algunas directrices para investigaciones futuras en este campo, incidiendo en aquellas variables que necesitan ser tenidas en cuenta. Por último, se justifica la necesidad de crear un enfoque basado en la evidencia sobre el uso de la musicoterapia en las residencias de enfermos terminales y cuidados paliativos, instando a la realización de más estudios en este campo.

Palabras clave: terapia por el arte; residencias de enfermos terminales; música; musicoterapia; cuidados paliativos

Introducción

La musicoterapia se utiliza cada vez más para el cuidado de aquellos que se encuentran en las últimas fases de la vida, y los musicoterapeutas juegan un papel cada vez más importante en las residencias para enfermos terminales y como miembros de los equipos de cuidados paliativos en los hospitales. La implementación de nuevos programas de musicoterapia en estos ámbitos ha permitido que un mayor número de familiares y pacientes

tengan acceso a este servicio (1). Por otra parte, una encuesta llevada a cabo en 300 residencias para enfermos terminales seleccionadas al azar indicó que las terapias complementarias más utilizadas eran el masaje y la musicoterapia (2). El objetivo principal de los cuidados paliativos es el de mejorar la calidad de vida de los pacientes, aliviando las cargas fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales, e incrementado el bienestar. Aunque existen varias modalidades de terapias complementarias (por ejemplo, masaje,

terapia por el arte, aromaterapia, reflexología, toque terapéutico), el presente artículo evalúa la literatura referente a la musicoterapia y proporciona datos que avalan su creciente uso en los cuidados en las últimas fases de la vida de una persona.

La musicoterapia es una disciplina relacionada con la salud que se encuentra bien establecida, y los musicoterapeutas obtienen su acreditación por parte del Consejo de Acreditación de Musicoterapeutas (*Certification Board for Music Therapists, CBMT*) tras la finalización de un proceso académico que consta como mínimo de una diplomatura en musicoterapia o su equivalente, una rotación clínica (consistente en una media de 1040 horas de práctica), y la realización con éxito del examen realizado por el Consejo de Acreditación de Musicoterapeutas. En el ámbito de las residencias para enfermos terminales y cuidados paliativos, los musicoterapeutas utilizan métodos como la composición de canciones, la improvisación, la visualización guiada, el análisis de las letras de las canciones, el canto, tocar instrumentos y técnicas de relajación musicoterapéuticas encaminadas a satisfacer las múltiples necesidades de los pacientes y sus familias. Este tipo de necesidades suele incluir aspectos sociales (por ejemplo, aislamiento, soledad, aburrimiento), emocionales (por ejemplo, depresión, ansiedad, rabia, miedo, frustración), cognitivos (por ejemplo, déficits neurológicos, desorientación, confusión), físicos (por ejemplo, dolor, dificultad para respirar) y espirituales (por ejemplo, ausencia de conexión espiritual, necesidad para realizar determinados rituales espirituales) (3-10).

Existen muchos estudios cualitativos sobre el uso de la musicoterapia en el cuidado de las últimas etapas de la vida. La mayoría de éstos proporcionan descripciones de programas de musicoterapia en residencias para enfermos terminales o unidades cuidados paliativos hospitalarias, mediante el uso de ejemplos en forma de casos que ilustran la forma en la que la musicoterapia se adapta a las necesidades del paciente y su familia (11-21). Se han publicado diversas teo-

rías sobre el uso de la musicoterapia, que describen las diversas perspectivas teóricas sobre la utilización de la música para personas en la fase final de la vida. Elisabeth Kubler-Ross reconoció el valor de la musicoterapia para ayudar a los pacientes moribundos que se encuentran aislados en sí mismos a relacionarse con las personas que les rodean (22). Otros han proporcionado marcos teóricos para el uso de la musicoterapia en personas que se encuentran al final de sus vidas (23-27). Por otra parte, se han utilizado estudios fenomenológicos para documentar el proceso de la musicoterapia con pacientes que padecen una enfermedad terminal (28-30). Se han utilizado técnicas cualitativas de análisis de datos, tales como la teoría fundamentada en observaciones y el análisis de contenido para categorizar las letras de las canciones escritas por pacientes terminales (31,32). Los cuidadores principales de aquellos pacientes ingresados en residencias para enfermos terminales que habían recibido terapias complementarias, entre las que se incluía la musicoterapia, informaron de que estas terapias habían mejorado la calidad de vida de los pacientes (33).

Datos empíricos

Si bien la literatura de investigación incluye muchos estudios cualitativos, así como perspectivas sobre el uso de la musicoterapia en residencias para enfermos terminales y cuidados paliativos, existen pocos datos empíricos al respecto. La tabla 1 enumera los 11 estudios empíricos que han evaluado el uso de la musicoterapia para personas con una enfermedad terminal disponibles en la literatura. Dichos artículos se localizaron en bases de datos como *Article First*, *First Search*, *Medline*, *ERIC*, *Lexis-Nexis* y *PsychInfo*. Cinco de estos estudios fueron publicados en revistas académicas (por ejemplo, *Journal of Music Therapy* y *American Journal of Hospice and Palliative Care*). Otros 5 fueron tesis doctorales o de Master no publicadas, y el otro estudio provenía de las actas de una conferencia. A continuación

se ofrece un resumen de cada uno de estos estudios, así como un análisis de la evidencia disponible para el uso de la musicoterapia en residencias de enfermos terminales y cuidados paliativos.

Las sesiones únicas de musicoterapia poseen una capacidad limitada para disminuir la ansiedad

Curtis (34) llevó a cabo un estudio empírico para evaluar los efectos de la música en la disminución del dolor y en la relajación en pacientes con una enfermedad terminal. El estudio incluyó 5 mujeres y 4 hombres diagnosticados con una enfermedad terminal. Se utilizaron las siguientes condiciones experimentales: (A) no intervención, los sujetos no recibieron musicoterapia; (B) sonido de fondo, los sujetos se relajaban mientras escuchaban una cinta con sonidos típicos de hospital de 15 minutos de duración; (C) música, los sujetos se relajaban mientras escuchaban una cinta de 15 minutos de duración con música tranquila instrumental que se ajustaba a sus preferencias. Estas condiciones fueron implementadas 2 veces por día durante 10 días, y los sujetos fueron asignados de una forma aleatoria a las dos posibles secuencias de condiciones experimentales en un diseño de tratamientos alternantes: ABACA ($n = 5$ participantes) y ACABA ($n = 4$ participantes). Posteriormente, los sujetos otorgaron puntuaciones para las 4 variables dependientes (alivio del dolor, confort físico, satisfacción y relajación) utilizando una escala de puntuación gráfica modificada. Aunque el análisis estadístico (un análisis de la variancia de 2 vías de Friedman) no mostró diferencias significativas en las variables dependientes bajo las diferentes condiciones de tratamiento, el análisis gráfico de las respuestas individuales indicó que la música había sido efectiva. El investigador propuso replicar el estudio con un número mayor de sujetos y una duración más prolongada con la finalidad de generalizar sus resultados.

Whittall (35) llevó a cabo un estudio piloto empírico en el que

documentó los efectos de la musicoterapia sobre la ansiedad entre los pacientes con una enfermedad terminal. El estudio incluyó 8 pacientes adultos con una enfermedad maligna avanzada ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Royal Victoria Hospital. Se utilizaron instrumentos no invasivos de retroalimentación (*biofeedback*) para medir la frecuencia cardíaca y respiratoria de los participantes, así como la temperatura de las extremidades 10 minutos antes del comienzo de la música, cada 10 minutos durante los 30 minutos de la sesión de musicoterapia, y 10 minutos después de la sesión. Durante las sesiones de musicoterapia se emplearon asimismo técnicas de imaginación dirigida, respiración profunda y ejercicios de relajación muscular. La frecuencia cardíaca media disminuyó de 85,8 latidos/minutos antes de la musicoterapia a 77,1 latidos/minutos tras la sesión, y la frecuencia respiratoria disminuyó de 19,5 a 15,4 respiraciones/minuto después de la sesión de musicoterapia. La temperatura de las extremidades se incrementó de 29,3 °C a 31,1 °C, y el investiga-

dor indicó que este incremento de la temperatura podría ser sugestivo de vasodilatación que acompañaría a la relajación. Las limitaciones de este estudio piloto incluyeron la ausencia de grupo control, así como el pequeño número de participantes incluidos, si bien los resultados del estudio incitan a la realización de más estudios con un número superior de participantes.

En su tesis doctoral (36), Calovini estudió el efecto de la participación en una sesión de musicoterapia sobre la ansiedad en pacientes ingresados en una residencia para enfermos terminales. En este estudio participaron 11 adultos durante 4 meses. Ocho de ellos ya se encontraban recibiendo musicoterapia antes del inicio del estudio, y todos los sujetos habían sido diagnosticados de una enfermedad terminal (cáncer, enfermedad pulmonar, enfisema e insuficiencia cardíaca congestiva). En dicho estudio se administraron determinados cuestionarios a los participantes antes y después de la sesión de musicoterapia. Dichos cuestionarios fueron: un cuestionario autoadministrado adaptado del

Tabla 1. Estudios empíricos con musicoterapia en residencias de enfermos terminales y cuidados paliativos.

Autor	Año	Tipo de publicación	Diseño de investigación	Aleatorización	n	Variables dependientes
Curtis	1986	Revista	Tratamientos alternos	Sí	9	Alivio del dolor y relajación
Whittall	1989	Conferencia	Estudio piloto; pre/post test	No	8	Frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura de las extremidades
Calovini	1993	Tesis	Pre/post test	No	11	Ansiedad de estado
Longfield	1995	Tesis	Estudio cuasi-experimental pre/post test	No	8	Estado de ánimo y dolor
Abbott	1995	Tesis	Pre/post test	No	28	Calidad de vida
Gallagher	2001	Revista	Estudio piloto; retrospectivo; pre/post test	No	90	Dolor, estado de ánimo, ansiedad, dificultad respiratoria
Krout	2001	Revista	Pre/post test	No	80	Bienestar, dolor, relajación
Hilliard	2003	Revista	Ensayo clínico	Sí	80	Calidad y duración de la vida; tiempo hasta la defunción
Wlodarczyk	2003	Tesis	ABAB; estudio contrabalanceado	No	10	Espiritualidad
Batzner	2003	Tesis	Experimental	Sí	15	Conductas que reflejan malestar
Hilliard	en prensa	Revista	Retrospectivo	No	80	Tiempo y duración de la musicoterapia; necesidad de tratamiento con musicoterapia

ABAB: la sesión A consistió en musicoterapia cognitivo-conductual (30 min) y la sesión B consistió en una visita sin musicoterapia (30 min).

inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger (STAI) y medidas fisiológicas (presión sanguínea, pulso y temperatura de los dedos). Las sesiones de musicoterapia se llevaron a cabo de 3 formas diferentes: 1) escuchar música y cantar; 2) aprender a tocar un instrumento; 3) utilizar técnicas de relajación con música. Cada participante escogió el tipo de musicoterapia deseada durante la sesión. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones antes y después de las sesiones en la presión sanguínea sistólica y diastólica, pulso, temperatura de los dedos y cuestionario de ansiedad. La autora concluyó que las sesiones individuales de musicoterapia poseían una capacidad limitada para disminuir la ansiedad, y recomendó realizar más estudios en los que se diseñaran instrumentos de medida específicamente para los enfermos terminales.

Con motivo de su tesis para obtener el certificado en enfermería, Longfield (37) llevó a cabo un estudio con un diseño cuasi-experimental en el que midió los efectos de la musicoterapia sobre el ánimo y el dolor en pacientes ingresados en una residencia para enfermos terminales. En el estudio participaron 8 sujetos adultos diagnosticados de cáncer (dichos sujetos fueron también su propio grupo control), los cuales recibieron una sesión diaria de musicoterapia mediante una grabación y unos auriculares de 45 minutos de duración durante 5 días. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el Cuestionario Breve de Dolor de McGill (SFMPQ) y la Escala Lineal Analógica de Autoevaluación (LASA). Todos los sujetos se encontraban tomando analgésicos antes de participar en el estudio, y continuaron tomándolos durante el mismo. Se utilizó estadística inferencial (pruebas t apareadas) para comparar las puntuaciones antes y después de las sesiones. Se observó una disminución significativa del dolor ($P < 0.001$) medido por el SFMPQ, y las puntuaciones de la LASA mostraron un incremento positivo en el ánimo para los parámetros de fatiga, ansiedad y energía. La autora concluyó que, si bien su estudio

apoyaba el estudio de la musicoterapia, era necesario realizar más ensayos con un mayor número de pacientes.

Tratamiento del malestar con musicoterapia

En un estudio piloto con un diseño retrospectivo, se utilizó una base de datos informatizada proveniente del uso de la musicoterapia en el ámbito de los cuidados paliativos. Los objetivos del estudio fueron: 1) describir la utilización de esta herramienta; 2) evaluar la utilización de una base de datos electrónica; 3) investigar la eficacia de la musicoterapia. Se utilizaron diferentes instrumentos para la evaluación y recogida de datos, consistentes principalmente en escalas analógicas-visuales, una para cada problema (por ejemplo: ánimo, dolor, ansiedad y dificultad respiratoria). Ciento cincuenta pacientes fueron visitados en el periodo de un año, y se analizaron 90 sesiones de musicoterapia correspondientes a este periodo. Se analizaron las puntuaciones previas y posteriores de los cuestionarios mediante el Test de Rangos de Wilcoxon, con un nivel de significación $P < 0.05$. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de dolor, ánimo y ansiedad tras la musicoterapia. La puntuación de dificultad para respirar no mostró significación estadística. A pesar de que el propio autor reconoció que este estudio presentaba limitaciones dada la ausencia de aleatorización de los participantes y el diseño retrospectivo, sus datos indican que la musicoterapia es beneficiosa para aquellas personas que sufren dolor, alteraciones del ánimo y ansiedad dentro del ámbito de los cuidados paliativos (38).

En un estudio empírico consistente en una sesión única de musicoterapia, Krout (39) estudió los efectos de la musicoterapia sobre el dolor, el bienestar físico y la relajación entre 80 pacientes ingresados en un centro para enfermos terminales durante un total de 90 sesiones. Aunque el número de sesiones osciló entre 1-4 para cada sujeto, el número medio de sesiones

fue de 1 sesión (74 sujetos recibieron una única sesión). Los sujetos habían sido derivados para recibir musicoterapia y presentaban diversos diagnósticos. Los pacientes estaban siendo tratados en el hospital, en sus propios domicilios, en casas de reposo, o como pacientes ingresados en residencias para enfermos terminales. Los datos fueron recogidos de dos formas: como observaciones independientes y como autorregistros realizados por los propios pacientes. Las sesiones de musicoterapia fueron proporcionadas de forma individualizada para cada paciente, según las necesidades individuales. Sin embargo, se incluyeron experiencias activas y pasivas junto con la música. El análisis de los datos (utilizando pruebas t unilaterales) indicó una diferencia significativa ($P 0.001$) en la escala de dolor medida por un observador externo, el bienestar físico y la relajación tras las sesiones de musicoterapia. También hubo diferencias significativas ($P 0.005$) en las escalas autoadministradas para las tres variables dependientes. El autor admitió algunas limitaciones en este estudio, entre las que se incluyen el hecho de que la estrategia de tratamiento incluyó múltiples intervenciones, que los datos fueron extraídos después de sesiones únicas (en lugar de evaluar el efecto de múltiples sesiones a lo largo del tiempo), y que los datos no fueron comparados con otro tipo de intervenciones no basadas en la musicoterapia.

En un estudio sobre los efectos de la improvisación vocal sobre las conductas que reflejan malestar en pacientes ingresados en una residencia para enfermos terminales, Batzner (40) documentó una disminución de las conductas que reflejan malestar por parte de aquellos pacientes que habían recibido musicoterapia. Los participantes ($n = 15$) presentaban diversos diagnósticos terminales (exceptuando el de demencia), y fueron asignados de forma aleatoria a una de las siguientes condiciones: música/no música. Cada una de las condiciones utilizó una secuencia ABA, donde A = ausencia de intervención durante 5 minutos, y B = intervención durante

10 minutos. Durante la intervención, el musicoterapeuta improvisó vocalmente acompañado de una guitarra, mientras que durante la fase de no intervención el terapeuta se limitó a visitar a los participantes. Las sesiones fueron grabadas en video, para poder anotar las conductas que reflejaban malestar. El análisis gráfico posterior indicó una disminución de dichas conductas para aquellos pacientes que recibieron musicoterapia.

Musicoterapia y espiritualidad

Basándose en la observación de que muchas personas que se encuentran en la última fase de su vida suelen solicitar música espiritual o religiosa, Wlodarczyk (41) investigó el efecto de la musicoterapia sobre la espiritualidad de un grupo de personas ingresadas en una residencia para enfermos terminales. Los participantes ($n = 10$) eran adultos que habían sido ingresados recientemente, y se encontraban en condiciones de responder un cuestionario y dar su consentimiento para participar en este estudio. No se tuvieron en cuenta variables como el diagnóstico, la edad, el género y las preferencias religiosas. Se utilizó un diseño ABAB, en el que los participantes fueron sus propios controles, donde la sesión A consistió en una sesión de musicoterapia cognitivo-conductual (30 minutos) y la sesión B consistió en una visita sin música (30 minutos). Se utilizó un diseño contrapesado (BABA) para la mitad de los participantes, con la finalidad de controlar el efecto del orden. La espiritualidad fue medida utilizando la *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS) de 18 ítems, que los pacientes completaron tras cada condición (intervención o no intervención). Los análisis estadísticos indicaron un incremento significativo de las puntuaciones de dicha escala aquellos días en los que se había proporcionado musicoterapia. Por lo tanto, este estudio apoya el uso de la musicoterapia para incrementar el bienestar espiritual de los pacientes con una enfermedad terminal.

Mejoría de la calidad de vida con musicoterapia

La tesis doctoral de Abbott (42) recogió los efectos de la musicoterapia sobre la calidad de vida de los pacientes con una enfermedad terminal. Un grupo de musicoterapeutas provenientes de 3 residencias para enfermos terminales diferentes seleccionó a 28 sujetos adultos para este estudio, que fueron posteriormente divididos por selección del terapeuta en grupo de intervención musical y grupo de no intervención. Los diagnósticos incluyeron cáncer, SIDA, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar y esclerosis lateral amiotrófica. La calidad de vida fue evaluada mediante el cuestionario *Profile of Mood States* (POMS) durante las sesiones. Dichas sesiones fueron administradas por musicoterapeutas que trabajaban en la residencia, y fueron diseñadas específicamente para cada paciente. Los participantes recibieron un mínimo de 5 horas de musicoterapia en este estudio. Las técnicas de musicoterapia incluidas fueron: escuchar música, relajación con música, interpretación de instrumentos, actividades de revisión de la vida, composición de canciones e improvisación. Se incluyeron un total de 6 factores en el cuestionario POMS, que se analizaron de forma emparejada mediante pruebas *t*. Los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas entre el grupo que recibió intervención musical y el que no la recibió. Se concluyó que el tamaño muestral actuaba como factor de confusión, y el autor sugirió la utilización de medidas que midieran cambios fisiológicos con la finalidad de cansar menos a los participantes.

En un ensayo clínico aleatorizado, Hilliard (8) estudió los efectos de la musicoterapia cognitivo-conductual sobre la calidad de vida, la duración de la vida y el tiempo transcurrido hasta el fallecimiento en relación a la última visita en personas diagnosticadas con cáncer terminal. Los participantes ($n = 80$ adultos) fueron asignados de forma aleatoria a una de las dos condiciones siguientes: 1) control (cuidados habituales de las residencias para enfermos terminales); 2) tratamiento

experimental (cuidados habituales más musicoterapia). Dado que todos los pacientes se encontraban viviendo en sus hogares durante el estudio, el lugar de residencia no actuó como factor de confusión. Por otra parte, las condiciones fueron apareadas por edad y sexo, de forma que cada condición incluyó un número equivalente de hombres y mujeres, así como de personas con una edad superior a los 65 años. Era importante tener en cuenta estas variables, ya que los estudios de calidad de vida requieren tener en cuenta el lugar de residencia de los participantes, la literatura en musicoterapia indica la necesidad de considerar el género de los participantes, y la literatura sobre dolor pone de manifiesto la necesidad de tener en cuenta la edad de los sujetos. Se utilizó un cuestionario de 90 preguntas autoadministrado (*Hospice Quality-of-Life Index-Revised*, HQOLI) para medir la calidad de vida. Los participantes que habían sido asignados a la condición control completaron dicho cuestionario tras las sesiones de trabajo social, y aquellos que habían sido asignados a la condición experimental completaron el cuestionario tras las sesiones de musicoterapia. Dado que muchos musicoterapeutas suelen indicar que la música ayuda a morir a las personas moribundas, este estudio midió el tiempo transcurrido hasta el fallecimiento de cada participante en la condición experimental en relación a la última visita. La duración de la vida fue la última variable dependiente del estudio y, al igual que el tiempo transcurrido hasta el fallecimiento, fue medida con ayuda de los registros médicos.

Los análisis estadísticos indicaron que no hubo diferencias significativas en el tiempo transcurrido hasta el fallecimiento en relación a la última visita (distinguiendo visitas del trabajador social, enfermera o musicoterapeuta) ni en la duración de la vida entre las dos condiciones de tratamiento. Estos datos no apoyan el concepto de que la música ayuda a marchar a los moribundos, ni de que prolonga la vida. Hubo, no obstante, una diferencia significativa en la calidad de vida de los participantes que había recibido

musicoterapia. Además, la calidad de vida se incrementó cuantas más sesiones de musicoterapia recibieron los participantes, incluso aunque su salud física hubiera empeorado. Esto no fue así en el grupo control, en el que la calidad de vida disminuyó de forma paralela al estado físico. Por lo tanto, este estudio apoya la idea de que las sesiones de musicoterapia en directo (es decir, no procedentes de grabación) incrementan la calidad de vida percibida en el caso de personas con un cáncer terminal, y de que las sesiones deberían proporcionarse con una frecuencia relativamente alta, dado que la calidad de vida se incrementó con cada una de las sesiones de musicoterapia.

Musicoterapia para personas ingresadas en casas de reposo

En un análisis retrospectivo, Hilliard (43) evaluó el uso de la musicoterapia en personas ingresadas en casas de reposo que estaban recibiendo cuidados para enfermedades terminales. Se revisaron las historias clínicas de 80 pacientes tras su fallecimiento. Dichas historias clínicas fueron seleccionadas de forma aleatoria (mediante el programa informático *Hospice Management Systems-Plus*) para incluir pacientes que habían recibido musicoterapia ($n = 40$) y pacientes que no habían recibido musicoterapia ($n = 40$). Se comparó la duración de la vida entre ambos grupos, y hubo una diferencia significativa (mayor duración de la vida) para aquellos que recibieron musicoterapia. Se analizaron en número y la duración de las sesiones que habían recibido los pacientes. Los análisis estadísticos indicaron que los musicoterapeutas habían proporcionado un número significativamente ma-

yor de sesiones directas (medido en minutos) en las sesiones en relación a las enfermeras o a los trabajadores sociales. Se analizaron gráficamente los cuidados recibidos, y los datos indicaron que los musicoterapeutas eran los únicos profesionales de las residencias de enfermos terminales que habían estado tratando de forma consistente las necesidades emocionales, espirituales, cognitivas, sociales y físicas de los pacientes. Las enfermeras habían estado tratando únicamente las necesidades físicas, mientras que los trabajadores sociales habían estado tratando principalmente las necesidades logísticas. Aunque este estudio tiene ciertas limitaciones (ausencia de aleatorización, diseño retrospectivo), estos datos apoyan el hecho de que los musicoterapeutas cubren importantes necesidades de pacientes ingresados en casas de reposo que reciben cuidados en las últimas fases de su vida, necesidades que de otra forma podrían quedar no cubiertas.

Documentar la importancia de la musicoterapia

Si bien están empezando a salir a la superficie estudios empíricos sobre el uso de la musicoterapia en cuidados paliativos, todavía existe una importante escasez de estudios controlados con muestras grandes que permitan generalizar sus resultados. Son necesarios estudios con niveles más elevados de control en los que los sujetos sean aleatorizados. De todos los estudios cuantitativos mencionados aquí, solo en dos de ellos se controlaron los diagnósticos específicos (8,37). La presencia de diagnósticos terminales diferentes podría constituir una variable de confusión, dado que la evolución hacia el fallecimiento es diferente en función del diagnóstico

Tabla 2. Estudios con diferencias significativas

Autor	Año	Variables on resultados significativos	n	Análisis estadístico
Longfield	1995	Dolor, cansancio, ansiedad, energía	8	t-test para muestras apareadas
Gallagher	2001	Dolor, estado de ánimo, ansiedad	90	Prueba de la suma de rangos de Wilcoxon
Krout	2001	Dolor, bienestar físico, relajación	80	t-tests unilaterales
Włodarczyk	2003	Espiritualidad	10	test de Walsh bilateral
Hilliard	2003	Calidad de vida	80	ANOVA bilateral de medidas repetidas; t-tests
Hilliard	2004	Tiempo y duración del tratamiento	80	t-test para muestras independientes; t-test para muestras apareadas

terminal. La ausencia de aleatorización es una limitación para la mayoría de estudios que hemos comentado; solo en tres de ellos se utilizó la aleatorización (8,34,40). De aquellos estudios que utilizaron aleatorización, solamente uno mostró diferencias significativas que apoyaran el uso de la musicoterapia (8). La mayoría de los tamaños muestrales eran pequeños, lo cual limita la generalización de los resultados. Sin embargo, entre los estudios con muestras más amplias, hubo diferencias significativas que apoyaban el uso de la musicoterapia en los enfermos terminales. En algunos estudios se evaluaron solo sesiones únicas de musicoterapia, y Krout (39) argumentó la necesidad de evaluar la musicoterapia a lo largo de múltiples sesiones. Si bien los instrumentos de medida fueron diferentes en función de los estudios Calovini (36) recomendó el uso de instrumentos diseñados específicamente para los enfermos terminales. Solo un estudio utilizó un instrumento de medida diseñado específicamente para los enfermos terminales, con una fiabilidad y validez establecidas (8). Aunque estos estudios no están exentos de limitaciones, son resultados prometedores para el uso de la musicoterapia en los cuidados paliativos. Seis de los estudios mencionan la existencia de diferencias estadísticamente significativas con el uso de la musicoterapia (tabla 2). Por lo tanto, los resultados de estos estudios animan a la realización de futuras investigaciones que los ayuden a comprender mejor la utilidad de la musicoterapia en los cuidados paliativos.

Necesidad de estudios futuros

La mayoría de los estudios de investigación que apoyan el uso de la musicoterapia en residencias para enfermos terminales y cuidados paliativos son estudios cualitativos, por lo que hay una importante escasez de estudios cuantitativos en la literatura. Dado que el proceso de morir es una experiencia compleja, es necesario realizar investigaciones encaminadas a evaluar la eficacia del apoyo que proporcionamos a los pacientes con una enfermedad

terminal. Aunque los estudios cualitativos poseen el valor de ilustrar el uso de la musicoterapia en enfermos terminales, Bosanquet y Salisbury (44) advierten del hecho de que la fiabilidad y la capacidad para generar los resultados podrían estar limitados. Dichos autores recomiendan que los investigadores lleven a cabo estudios cuantitativos porque “las ventajas de utilizar medidas de resultado definidas claramente incluyen la minimización de un posible sesgo por parte del investigador en la interpretación de los resultados así como a la hora de poner a prueba las hipótesis” (p.23). Por otra parte, los estudios cuantitativos proporcionan un mayor grado de fiabilidad y los resultados son más generalizables que aquellos provenientes de estudios cualitativos.

Es posible establecer directrices para futuros estudios extraídas de la literatura actual para musicoterapia en residencias para enfermos terminales y cuidados paliativos. Dado que varios de los investigadores han reconocido que la presencia de muestras pequeñas y la ausencia de aleatorización de los participantes son limitaciones de sus estudios, es importante que los futuros estudios posean muestras mayores, y los participantes sean asignados de forma aleatoria a las diferentes condiciones para permitir análisis estadísticos más rigurosos, así como la generalización de los resultados. Se han diseñado tests psicométricos con fiabilidad y validez establecidas en investigación en residencias para enfermos terminales y cuidados paliativos, los cuales ofrecen a los musicoterapeutas la oportunidad de utilizar instrumentos de medida que han sido diseñados específicamente para pacientes en la fase final de la vida. El uso de este tipo de instrumentos de medida específicos permitirá fortalecer este cuerpo de investigación. Asimismo, dado que el proceso de la muerte puede variar ampliamente en función del diagnóstico, es importante que los investigadores tengan en cuenta el diagnóstico en futuras investigaciones. Estas directrices podrían ayudar a los investigadores a diseñar estudios que permitan generalizar los resultados.

La investigación en residencias

para enfermos terminales y cuidados paliativos es importante por diversos motivos. Robbins (45) proporcionó cuatro razones diferentes para ello. En primer lugar, las agencias gubernamentales y otras fuentes de financiación que proporcionan fondos para los cuidados paliativos solicitan datos que indiquen que los servicios proporcionados se ajustan a las necesidades de los pacientes y sus familias. En segundo lugar, las personas que administran los hospitales y las residencias para enfermos terminales necesitan asegurarse de que ubicación de fondos para programas de especialidades permite proporcionar un mejor cuidado a los pacientes con una enfermedad terminal. Desde el punto de vista del clínico que trabaja en una unidad de cuidados paliativos, la calidad de los servicios es primordial. Es necesario realizar estudios que aseguren unos cuidados de alta calidad y proporcionen las mejores intervenciones clínicas ajustadas a las necesidades de los pacientes y sus familias. La creación de una base de evidencia para el uso de la musicoterapia en las residencias de enfermos terminales y cuidados paliativos será de ayuda a los clínicos musicoterapeutas para establecer cuáles son las mejores prácticas para enfermos terminales. Por último, las modalidades de terapia (tanto las nuevas como las que ya existen) necesitan ser puestas a prueba para confirmar su eficacia. Aunque la realización de estudios con pacientes terminales pueda estar limitada por motivos éticos, es necesario enriquecer la literatura para incluir estudios cuantitativos que cuantifiquen los efectos de la musicoterapia en pacientes que han sido diagnosticados de una enfermedad terminal. ●

Journals Subscription Department
Oxford University Press
Great Clarendon Street
Oxford, OX2 6DP, UK
Tel: +44 (0)1865 353907
Fax: +44 (0)1865 353485

Consejo Editorial de eCAM
www.oxfordjournals.org/ecam/edboards.html

Referencias

- Hilliard RE. Hospice administrators' knowledge of music therapy: A comparative analysis of surveys. *Music Ther Perspect* 2004;22:104-8.
- Demmer C. A survey of complementary therapy services provided by hospices. *J Palliat Med* 2004;7:510-6.
- Clements-Cortes A. The use of music in facilitating emotional expression in the terminally ill. *Am J Hosp Palliat Care* 2004;21:255-60.
- Cunliffe J. Reflections on pain management: a case study. *Int J Palliat Nurs* 2003;9:449-53.
- O'Callaghan CC. Communicating with brain-impaired palliative care patients through music therapy. *J Palliat Care* 1993;9:53-6.
- O'Callaghan CC. Pain, music creativity and music therapy in palliative care. *Am J Hosp Palliat Care* 1996;13:43-9.
- Salmon D. Music and emotion in palliative care: Accessing inner resources. In: Lee CA (editor), Lonely Waters. Oxford: Sobell Publications, 1995, pp. 71-85.
- Hilliard RE. The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *J Music Therapy* 2003;40:113-37.
- Krout RE. The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2001;18:383-90.
- Magill L. The use of music therapy to address the suffering in advanced cancer pain. *J Palliat Care* 2001;17:166-72.
- Mandel SE. The role of the music therapist on the hospice/palliative care team. *J Palliat Care* 1993;9:37-9.
- Nakagami Y. Hospice program and palliative medicine. *Gan To Kagaku Ryoho* 1997;24:792-9.
- Munro S. *Music Therapy in Palliative/Hospice Care*. New York: Magnamus-Baton, Inc. 1984.
- Hogan B. Music therapy at the end of life: Searching for the rite of passage. In: Aldridge D (editor), *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1996, 68-81.
- Weber S. Music: A means of comfort. In: Aldridge D (editor), *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1996, 95-104.
- Mandel SE. Music therapy in the hospice: 'Musicalive'. *Palliat Med* 1991;5:155-60.
- Starr RJ. Music therapy in hospice care. *Am J Hosp Palliat Care* 1999;16: 739-42.
- Marr J. 'At home' with music therapy. In: Broadstock B, Cumming N, Grocke DE et al. (editors), *Aflame with Music*. Melbourne: Centre for Studies in Australian Music, 1996, 123-9.
- Hilliard RE. The use of music therapy in meeting the multidimensional needs of hospice patients and families. *J Palliat Care* 2001;17:161-6.
- Foxglove T, Tyas B. Using music as a spiritual tool in palliative care. *Eur J Palliat Care* 2000;7:1-5.
- Lewis CR, de Vedia A, Reuer B, Schwan R, Tourin C. Integrating complementary and alternative medicine into standard hospice and palliative care. *Am J Hosp Palliat Care* 2003;20:221-8.
- Kubler-Ross E. *Questions and Answers on Death and Dying*. New York: MacMillan Publishing Company, 1974.
- Gilbert JP. Music therapy perspectives on death and dying. *J Music Ther* 1977;14:165-71.
- West TM. Psychological issues in hospice music therapy. *Music Ther Perspect* 1994;12:117-24.
- Salmon D. Music and emotion in palliative care. *J Palliat Care* 1993;9:42-8.
- Salmon D. Music therapy as psychospiritual process in palliative care. *J Palliat Care* 2001;17:142-6.
- Munro S. Music therapy in palliative care. *CMAJ* 1978;119:1029-34.
- Forinash M. Research in music therapy with the terminally ill: A phenomenological approach. In: Martin JA (editor), *The Next Step Forward: Music Therapy with the Terminally Ill*. Bronx, NY: Calvary Hospital, 1989, pp. 73-7.
- Forinash M. Phenomenological research. In: Wheeler BL (editor), *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*. Phoenixville, PA: Barcelona, 1995, pp. 367-86.
- Hogan B. The experience of music therapy for terminally ill patients: A phenomenological research project. In: Pratt RR, Grocke DE (editors), *MusicMedicine 3: MusicMedicine and Music Therapy*. Faculty of Music, University of Melbourne, Australia: Expanding Horizons, 1999, pp. 242-54.
- O'Callaghan CC. Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *J Music Ther* 1996;33:74-92.
- O'Callaghan CC. Bringing music to life: a study of music therapy and palliative care experiences in a cancer hospital. *J Palliat Care* 2001;17: 155-60.
- Demmer C, Sauer J. Assessing complementary therapy services in a hospice program. *Am J Hosp Palliat Care* 2002;19:306-14.
- Curtis SL. The effect of music on pain relief and relaxation of the terminally ill. *J Music Ther* 1986;23:10-24.
- Whittall J. Songs in palliative care: A spouse's last gift. In: Bruscia K (editor), *Case Studies in Music Therapy*. Phoenixville, PA: Barcelona Publishers, 1991, pp. 603-10.
- Calovini BS. The effect of participation in one music therapy session on state anxiety in hospice patients. Case Western Reserve University, Cleveland, OH: Unpublished master's thesis, 1993.
- Longfield V. The effects of music therapy on pain and mood in hospice patients. Saint Louis University, St Louis, MO: Unpublished master's thesis, 1995.
- Gallagher LM. Developing and using a computerized database for music therapy in palliative care. *J Palliat Care* 2001;17:147-54.
- Krout RE. The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2001;18: 383-90.
- Batzner KW. The effects of therapist vocal improvisation on discomfort behaviors of in-patient hospice clients. University of Kansas, Lawrence, KS: Unpublished master's thesis, 2003.
- Wlodarczyk N. The effect of music therapy on the spirituality of persons in an in-patient hospice unit as measured by self-report. Florida State University, Tallahassee, FL: Unpublished master's thesis, 2003.
- Abbott CM. The effects of music therapy on the perceived quality of life of patients with terminal illness in a hospice setting. Western Michigan University, Kalamazoo, MI: Unpublished master's thesis, 1995.
- Hilliard RE. A post-hoc analysis of music therapy services for residents in nursing homes receiving hospice care. *J Music Ther* 2004 (in press).
- Bosanquet N, Salisbury C. *Providing a Palliative Care Service: Towards and Evidence Base*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Robbins M. *Evaluating Palliative Care: Establishing the Evidence Base*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

Recibido 30 de septiembre de 2004, aceptado 23 de febrero 2005