



Escuela Internacional de Doctorado

DOCTORADO EN BIOTECNOLOGÍA, MEDICINA Y CIENCIAS BIOSANITARIAS

TESIS DOCTORAL

**BENEFICIOS DE LAS INTERVENCIONES DE
MUSICOTERAPIA Y DE ARTETERAPIA EN
PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS:
REDUCCIÓN DE ASPECTOS EMOCIONALES
COMO ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DISTRÉS.**

ALESSIA GUTIÉRREZ DELGADO

Directores de Tesis:

Dr. Carlos Jesús Gómez Martín

Dr. Pablo López Raso

Madrid, julio 2025

Agradecimientos

Este proyecto comenzó como un sueño lejano de una humilde enfermera inmersa en la rutina diaria del hospital. Imaginé un enfoque innovador que combinara la ciencia con una profunda sensibilidad humanística. Aunque al principio parecía un desafío inalcanzable, se hizo realidad gracias al apoyo de personas excepcionales que compartieron mi pasión. Su creencia en mis inquietudes transformó este sueño en una realidad tangible, permitiéndome abordar el cuidado del paciente adulto oncológico desde una perspectiva más compasiva y holística.

En primer lugar, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Verónica González Gutiérrez, quien hace años no solo me abrió las puertas de su despacho, sino también las de su corazón. Su apoyo incondicional y su capacidad para escuchar me dieron la confianza para seguir adelante y presentarle mi propuesta a quien por entonces era jefe de sección de la unidad y director de esta tesis, Carlos Jesús Gómez Martín. Gracias por su confianza y disposición para dirigir esta tesis. Por los encuentros entre consultas de pacientes y tras sus guardias, por sus ánimos en confiar en esta propuesta de doctorado quizás algo diferente a lo que estamos acostumbrados en este mundo del hospital y el cáncer.

Agradezco a la Escuela de Doctorado de la Universidad Francisco de Vitoria, por su amplia visión al aceptar esta temática que une las ciencias y las humanidades, y en concreto a los Grados de Enfermería, Psicología, Bellas Artes y Diseño; quienes además de un aprendizaje constante, me permitieron llevar a cabo actividades de formación continuada con los alumnos, pudiendo llevarles todos estos conocimientos a la práctica en el aula desde una amplia mirada. Agradezco a Pablo López Raso, codirector y tutor en esta tesis. Ha sido director, guía y referencia en todo lo relacionado con el arte de acompañar. Gracias por inspirarme a ver la belleza con otras perspectivas.

Agradezco a Clara Molinero y a Camino Bengoechea, quienes me han guiado y ayudado con toda la fundamentación de la psicología del arte y de la música. A Ricardo Abengózar Muela, quien sembró la semilla y unió lazos en todo este entramado...hace años me presentó a Blanca López Ibor, ambos le dieron la vuelta a mis ideas, me enseñaron la importancia de no perder el foco, integrar el cáncer en el día a día.

Agradezco a Cristóbal Delgado toda su paciencia durante este proceso y la pasión por la música que transmite. A mis compañeros y profesores de musicoterapia y arteterapia, la implicación y dedicación de referentes como Diego Salamanca Herrero, Mireia Serra Vila, David Gamella González, Raquel Pérez Fariñas... quienes desde el momento uno, me han acompañado bien de cerca en todo ese camino. Me han hecho sentirme menos perdida en esto de llevar la música y el arte al hospital.

Agradezco a mis compañeros de GIM en musicoterapia y a mis grandes referentes y familia en ese camino de aprendizaje: María Montserrat Gimeno, Stella Castro y Oriol Casals. Será un regalo poder aportar en el futuro conocimiento en esta línea de la musicoterapia y la arteterapia.

El primer año de doctorado fue un verdadero desafío, pero en cada dificultad encontré el apoyo de personas increíbles. Mónica Nieto de Álvaro, tu ayuda en el día a día de la planta fue invaluable. Desde que te conocí hasta ahora te admiro, has crecido personal y profesionalmente y eres una gran supervisora. Agradezco a mis compañeros de oncología, por ser una familia que comparte risas, lágrimas y un apoyo incondicional. Trabajar en equipo con vosotros ha sido y es un privilegio.

Agradezco al Hospital 12 de Octubre. Al equipo de neurocirugía donde aprendí la importancia de la investigación junto al Dr. Lagares Gómez-Abascal como coordinadora de ensayos clínicos, y concretamente a Blanca Navarro Main, psicóloga clínica y neuropsicóloga, que sembró ideas y semillas sobre cómo confiar en proyectos que ayudan a los pacientes y que, aunque no existan se pueden luchar desde la fundamentación científica. Ella fue y es una referente y un impulso para mí.

Al grupo multidisciplinar de radioterapia, donde aprendí tanto junto al equipo del Dr. Pérez Regadera y la Dra. Pérez Escutia. A Valle y a María, unas personas y compañeras excepcionales que me ayudaron a integrar la figura de enfermería en la simulación de radioterapia. A ese piano del aula de hematología del hospital, que me ayudó a componer intervenciones, sanar heridas y a cuidarme. A todo el equipo de hematología, quienes me acogieron desde el primer día con una sonrisa y unas increíbles ganas de compartir. A Nerea, Rocío y a Eva por esas conversaciones acerca de cómo mejorar con los pacientes y en nuestro día a día. Agradezco la ayuda de Kati, Jorge, Sandra, Iker, Álvaro, Claudia ... así como todos los compañeros que vinieron a echar una mano en el hospital

de día. Su visión sobre las necesidades de los pacientes hematológicos, por integrarlos como una familia. A Alba, Ela, Maribel, Sara, Pablo, Paqui y Pilar, por vuestras ideas y vuestro empuje constante para avanzar en la enfermería y la investigación... una enfermera sola no llega a ningún sitio, pero en un equipo con buenas sinergias y una misma visión se llega muy lejos.

A compañeros con invaluable vocación por la oncología como Ana siempre dándome buenas energías, animándome y cuidándome... Begoña, Rosa, Pili, Inmaculada, Mónica, Beatriz, María Ángeles, Cristina S, Cristina T, mis Marinas queridas, Sonia, Laura, Juan, Bárbara, Paqui, Isabel, Esperanza, Chelo, Yolanda, Rosa, Maika, M^a Ángeles, Teresa. A Inés y a Marí que nos seguirán acompañando siempre. Al equipazo de oncólogos médicos, internistas, paliativistas, trabajo social, psicología... sería interminable reflejarles a todos. Ellos me han enseñado cada día los pilares de un cuidado humanizado en el proceso del cáncer. Y aquí no puedo olvidar agradecer a dos grandes cracs enfermeros: David y Carlos, vuestra dedicación y cuidado son un ejemplo de lo que significa ser un verdadero profesional de la salud y compañero con buenas vibras.

A los supervisores de investigación Santiago Pérez García y a María Jesús Frade Mera. A las supervisoras del área, M^a Dolores Pérez Cárdenas, Mónica Nieto De Álvaro, Natalia Pedraza García, M^a Inmaculada González Martín, y a Gema González Monterrubio, vuestra visión y apoyo han sido fundamentales en el día a día de estos años llenos de historias y aprendizajes. Agradezco a la Sociedad Española de Enfermería Oncológica por brindarme oportunidades de formación que han enriquecido este proyecto.

No puedo olvidar que, en este viaje, he tenido la suerte de contar con Alba Jariego Gómez, una compañera que lucha por sus inquietudes y que ya no se pone barreras. Juntas, hemos trabajado en "Humanizando Cuidamos", un proyecto que buscó conocer la situación de los profesionales sanitarios y su relación con los pacientes en el área de oncohematología y oncología radioterápica.

A los protagonistas y artistas... todos los pacientes, personas llenas de luz y ganas por disfrutar de las pequeñas grandes cosas de la vida. Gracias por cada lección y por recordarme la importancia de la empatía y la humanidad en nuestro trabajo. Ojalá pueda siempre seguir aprendiendo con vosotros.

Agradezco en este proceso a mi mundo interior y a mi vida personal... a mis amigos, los que siempre están ahí, quienes me han ayudado a despejarme, me han dado sorpresas, viajes y momentos de desconexión.... agradezco su paciencia, apoyo y comprensión en recordarme la importancia de disfrutar de la vida en momentos de descontrol por complicaciones familiares, el doctorado o el trabajo. A Irene, Fernando y Daniel por acogerme como a una más. A Alejandro, por estar siempre ahí, por ser del equipo 2LCS, confidente, cómplice y el mejor compañero de viajes. Y finalmente, agradezco a mi familia, a los que están y a los que están de otra manera. A los mejores padres que se pueden tener, que han estado a mi lado en cada paso, apoyándome, creyendo en mí y queriéndome sin medida.

Esta tesis doctoral es, en sí misma, un acto de gratitud. Desde la primera hasta la última línea, ha sido tejida con hilos de empatía, de colaboración, de encuentros humanos que han dejado huella. Gracias a todas las personas que hicieron posible que un sueño lejano cobrara forma y se transformara en realidad.

Y gracias a ti, lector, por estar aquí. Este trabajo no es solo un logro académico; es una propuesta que nace del compromiso con la rehumanización de la medicina y con la integración real entre ciencia, arte y cuidado. Una invitación a repensar cómo nos relacionamos con la enfermedad, con los procesos de salud y, sobre todo, con las personas.

El poema que sigue no pretende cerrar nada, sino abrir. Fue concebido como parte de este proyecto, fruto del cruce entre disciplinas, ideas y experiencias compartidas. La ilustración que lo acompaña responde al mismo propósito: mi intención al diseñarla fue traducir visualmente lo que este proceso ha significado desde lo emocional, lo clínico y lo humano.

Ambos poema e imagen, actúan como umbral simbólico antes de entrar en el cuerpo de esta tesis. Te invito a detenerte un momento en ellos, no como lector pasivo, sino como parte activa de esta reflexión. Porque solo desde el encuentro auténtico entre quienes escriben, cuidan, investigan y leen, es posible transformar la práctica sanitaria en algo más consciente, más completo y más humano.

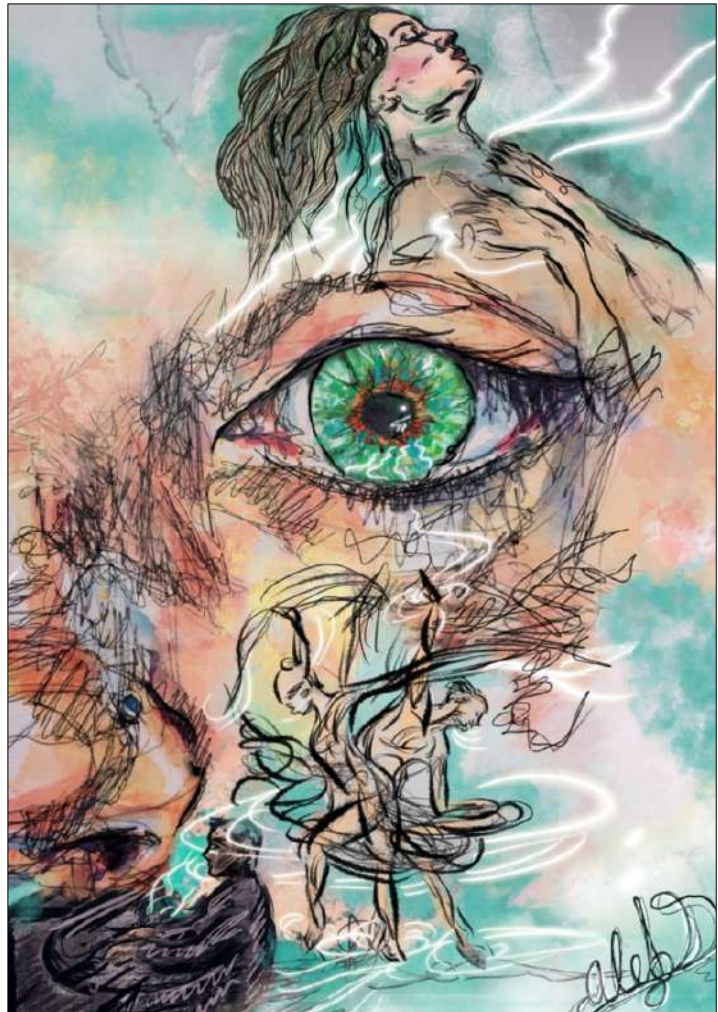
En la armonía de la vida

*En la sinfonía del día a día,
donde arte y ciencia se unen,
resuena el sueño de integrar saberes,
un canto a la vida y a la humanidad.*

*Del sonido al color en el lienzo,
tejemos esperanza y alivio,
donde la oncología integrativa
abrazo el cuidado con empatía.*

*El cáncer, con sus desafíos,
encuentra en el arte consuelo,
y en cada trazo, en cada acorde,
creamos puentes de sanación.*

*Así avanzamos, paso a paso,
uniendo ciencia y humanidad,
construyendo un futuro
donde el cuidado sea siempre
un acto de amor.*



ÍNDICE

1. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	13
1. LISTA DE FIGURAS Y TABLAS	15
2. RESUMEN	18
3.1. ABSTRACT	20
4. INTRODUCCIÓN.....	22
4.1. SOBRE LA NATURALEZA DE LA REHUMANIZACIÓN. LA MEDICINA Y LA ENFERMERÍA SON ACTIVIDADES PROPIAMENTE HUMANAS.....	22
4.1.1 HUMANIZACIÓN.....	24
4.1.2. DE LA HUMANIZACIÓN A LA DESHUMANIZACIÓN.....	25
4.1.3 DE LA HUMANIZACIÓN A LA REHUMANIZACIÓN	27
4.2. REHUMANIZANDO CONCEPTOS	29
4.2.1 CONDICIÓN HUMANA DEL SER	29
4.2.2 FRAGILIDAD, VULNERABILIDAD E INTEGRIDAD	30
4.2.3 SENTIDO DEL SUFRIMIENTO	32
4.2.4 LA MUERTE, EXISTE HABLEMOS DE MUERTE.....	36
4.3. RECONOCIMIENTO DE DESHUMANIZACIÓN	40
4.3.1 FACTORES QUE DESHUMANIZAN LA MEDICINA EN GENERAL	40
4.3.2 FINES DE LA MEDICINA Y ENFERMERÍA EN GENERAL	41
4.3.3 FACTORES QUE DESHUMANIZAN LA ONCOLOGÍA EN PARTICULAR.....	47
4.3.4 FINES DE LA MEDICINA Y ENFERMERÍA DE LA ONCOLOGÍA EN PARTICULAR.....	52
4.4. REHUMANIZANDO LOS AGENTES QUE CONFORMAN LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA MEDICINA EN GENERAL Y DE LA ONCOLOGÍA EN PARTICULAR. 54	54
4.4.1 EL PACIENTE	54
4.4.2 LA FAMILIA.....	56
4.4.3 EL PROFESIONAL SANITARIO.....	57
4.4.4 LA ORGANIZACIÓN SANITARIA.....	59
5. PROCESO DIAGNOSTICO ONCOLÓGICO EN EL PACIENTE ADULTO CON CÁNCER.....	61
5.1 APROXIMACIÓN CONCEPTUAL	61
5.2 PROCESO DIAGNÓSTICO.....	62
5.3 PROCESO TERAPEÚTICO	63

5.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.	65
5.4.1 LA COMUNICACIÓN EN EL CONTEXTO ONCOLÓGICO: PSICOLOGÍA CENTRADA EN EL PACIENTE.	68
5.4.2 FASES DE AFRONTAMIENTO Y APOYO INTEGRAL	71
5.4.3 APOYO PSICOSOCIAL, EMOCIONAL, ESPIRITUAL Y A LA PERSONA. CUIDADO Y ACOMPAÑAMIENTO FAMILIARES Y PACIENTES.	72
5.4.4 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS. COMPLICACIONES.....	73
5.4.5 PLAN DE CUIDADOS EN EL ABORDAJE DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO.....	74
5.4.6 EVALUACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN: ESCALAS DE VALORACIÓN ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	75
5.5 HACIA UNA ONCOLOGÍA INTEGRAL: SINERGIAS ENTRE ENFOQUES TERAPÉUTICOS CONVENCIONALES E INTEGRATIVOS"	77
5.5.1 TRATAMIENTOS MÉDICOS CONVENCIONALES	77
5.5.2 TERAPIAS INTEGRATIVAS, COMPLEMENTARIAS AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL...	79
6. LA MUSICOTERAPIA Y LA ARTETERAPIA TERAPIAS COMPLEMENTARIAS AL TRATAMIENTO CLÍNICO.....	81
6.1 MODELOS Y AUTORES RELEVANTES EN MUSICOTERAPIA Y ARTETERAPIA	83
6.2 PROCESO TERAPEÚTICO Y TÉCNICAS RELEVANTES EN MUSICOTERAPIA Y ARTETERAPIA	91
6.3 ARTETERAPIA Y MUSICOTERAPIA EN EL PACIENTE ADULTO CON CÁNCER.....	98
6.4 TRANSFORMACIÓN Y CATARSIS: EXPLORANDO EL PROCESO CREATIVO EN LA MUSICOTERAPIA Y LA ARTETERAPIA PARA PACIENTES CON CÁNCER.	105
6.5 EVALUACIÓN DE LA ARTETERAPIA Y LA MUSICOTERAPIA EN EL PACIENTE ADULTO ONCOLÓGICO.	113
6.5.1 JUSTIFICACIÓN DE UN ESTUDIO DE ADAPTACIÓN, TRADUCCIÓN Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO.	115
6.5.2 RESULTADOS.....	132
1ª Fase: Proceso de traducción y adaptación cultural	132
7. CREACIÓN DE UN PROYECTO DE REHUMANIZACIÓN EN LA ONCOLOGÍA DE ADULTOS A TRAVÉS DE LA ARTETERAPIA Y DE LA MUSICOTERAPIA....	136
7.1. HIPÓTESIS	137
7.2. OBJETIVOS	138

7.2.1	Objetivos primarios	138
7.2.2	Objetivos secundarios	138
7.3	MATERIAL Y MÉTODOS	139
7.3.1	DISEÑO DEL ESTUDIO	139
7.3.2	Proceso de selección.....	140
7.3.3	Pre-estudio	141
7.3.4	Intervenciones	142
7.4.	SUJETOS DEL ESTUDIO	159
7.4.1	Ámbito del estudio y población diana	159
7.6.	VARIABLES	160
7.7.	RECOGIDA, ANÁLISIS DE DATOS Y ASPECTOS ÉTICOS	160
7.8	PLAN DE TRABAJO CRONOGRAMA	162
8.	RESULTADOS PROYECTO DE REHUMANIZACIÓN EN LA ONCOLOGIA DE ADULTOS A TRAVÉS DE LA ARTETERAPIA Y DE LA MUSICOTERAPIA.....	163
8.1	DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS Y PERSONAS EN CUANTO ABANDONO Y RECHAZO	163
8.2	DATOS DESCRIPTIVOS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	166
8.2.1	Datos sociodemográficos	166
8.2.2	Datos clínicos	176
8.2.3	Resultados de las escalas o instrumentos de medición.....	181
9.	DISCUSIÓN.....	198
9.1	SOBRE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO	199
9.2	SOBRE PARTICIPACIÓN Y RECLUTAMIENTO DE PACIENTES	203
9.3	SOBRE EL DISEÑO, PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA...206	
9.4	EXPERIENCIA CON LA MUSICOTERAPIA Y LA ARTETERAPIA.....	210
9.5	EXPERIENCIAS Y TESTIMONIOS DE PACIENTES: MÁS ALLÁ DE LOS NÚMEROS	216
9.6	MI EXPERIENCIA CON EL PROYECTO.....	226
9.7	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	231
9.7.1.	Recursos humanos, logísticos, financiación e infraestructura.....	231
9.7.2.	Complejidad de la integración clínica y adaptaciones continuas al entorno.....	232

9.7.5. Necesidad de instrumentos de evaluación específicos	236
9.8 RETOS ESTRATÉGICOS	237
9.8.1. Integración formal de las terapias artístico-creativas en la práctica clínica del paciente con cáncer.....	237
9.8.2. Consolidación de equipos multidisciplinares en oncología integrativa	238
9.9 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.....	242
9.9.1. Personalización de las terapias artístico-creativas en pacientes con cáncer	242
9.9.2. Terapias creativas en el enfoque multidisciplinario del tratamiento del cáncer	243
9.9.3 Estudios longitudinales sobre el efecto de las terapias creativas en oncología	244
9.9.4. Desarrollo y validación de herramientas específicas para la evaluación de terapias creativas en oncología	245
9.9.5 Aplicación de tecnologías para optimizar y evaluar el impacto de las terapias creativas.....	246
9.9.6 Fortalecimiento de la humanización y la formación continua de los profesionales sanitarios en oncología	247
10. CONCLUSIONES: Beneficios de las intervenciones de Musicoterapia y de Arteterapia en pacientes adultos oncológicos: reducción de aspectos emocionales como ansiedad, depresión y distress.....	249
11. BIBLIOGRAFÍA	251
12. ANEXOS	284
12.1 Descripción vídeo humanizando radioterapia. (Apartado 4.4.3).	284
12.2 Descripción proyecto humanizando cuidados. Fase 1 (Apartado 4.4.3).	284
12.3 Proyecto Crear. Transformación y catarsis. Proceso creativo (Apartado 6.4).....	285
12.4 Proyecto de evaluación del proceso de arteterapia y musicoterapia (Apartado 6.5)	286
12.5 Proyecto de Arteterapia y Musicoterapia (Apartado 7).....	307
12.6. Un resumen de las sesiones de presentación del proyecto y el día a día en el hospital. (Apartado 9.6)	331
12.7 AFC UFV. Terapias Creativas en el aula universitaria. Ciencias y humanidades.	332
12.8. Programa de intensificación de la actividad investigadora. (Apartado 9.6)	333
12.9 Creación de un espacio de trabajo para implementar el proyecto en la unidad.....	334
12.10 Experiencia creativa de los pacientes a través de la arteterapia y la musicoterapia.....	337
12.11 La importancia del abrazo como catalizador en medicina	342
12.12: Publicaciones:.....	343

1. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

- OMC = Organización Médica Colegial
- SECPAL = Sociedad Española de Cuidados Paliativos
- LET = Limitación del Esfuerzo Terapéutico
- ICN/NCI=Instituto Nacional del Cáncer / National Cancer Institute
- ESMO = European Society for Medical Oncology
- OMS = Organización Mundial de la Salud
- HUMAS = Escala de Humanización.
- PROQOL = Escala de Calidad de vida
- EHC-PS = Emotional Health Checklist-Physical Symptoms
- CD-RISC10 = Connor-Davidson Resilience Scale (10-item version)
- KPS = Karnofsky Performance Status
- ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group
- EORTC QLQ-C30 = Escala de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer
- PPS = Palliative Performance Scale
- SEOM = Sociedad Española de Oncología Médica
- HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria)
- PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9
- GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7
- IES-R = Impact of Event Scale-Revised
- DT = Termómetro del Distrés
- FACT-EWB = Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer-Bienestar Emocional
- QLQ-C30 = Cuestionario de Calidad de Vida-C30
- BSI = Brief Symptom Inventory (Inventario Breve de Síntomas)
- STAI = State-Trait Anxiety Inventory
- DME = Cuestionario de Detección de Malestar Emocional
- TACs = Terapias Artístico-Creativas
- MT= Musicoterapia
- AT=Arteterapia
- WFMT = World Federation of Music Therapy (Federación Mundial de Musicoterapia)
- Nordoff-Robbins = Creative Music Therapy Model (Modelo de Musicoterapia Creativa)

- AATA = American Art Therapy Association (Asociación Americana de Arteterapia)
- IEATA = International Expressive Arts Therapy Association (Asociación Internacional de Terapias Expresivas)
- WFMT = World Federation for Music Therapy (Federación Mundial de Musicoterapia)
- PRISMA = Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Elementos Preferidos para Informes de Revisiones Sistemáticas y Meta-Análisis)
- SERATS = Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (Escala de Autoexpresión y Regulación Emocional en Arteterapia)
- MT-SAS = Music Therapy Session Assessment Scale (Escala de Evaluación de Sesiones de Musicoterapia)
- BABVD = Índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria
- CGI = Clinical Global Impression (Impresión Clínica Global)
- EVA = Escala Visual Analógica
- KPS = Karnofsky Performance Status (Estado Funcional de Karnofsky)
- NIC = Nursing Interventions Classification (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)
- QoL = Quality of Life (Calidad de Vida)
- SD = Standard Deviation (Desviación Estándar)
- SPSS = Statistical Package for the Social Sciences (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales)
- SVUD=Situación vital de últimos días.

1. LISTA DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1: Resultados Pre-test 1ª Fase SERATS	134
Figura 2: Tabla 6: Resultados Pre-test 1ª Fase MT-SAS	135
Figura 3: "Autorretrato del artista (1914)" y "La casa gris (1917)" de Marc Chagall..	145
Figura 4: "Creación del hombre (1958)" y "Crucifixión blanca (1938)" de Marc Chagall.	145
Figura 5: "París a través de la ventana (1913)" y "Yo y la aldea (1911)" de Marc Chagall.	146
Figura 6: Amarillo-rojo-azul (1925) de Wassily Kandinsky.	150
Figura 7: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Datos edad y genero.....	167
Figura 8: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Datos nivel de escolarización	167
Figura 9: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Datos ocupación profesional	169
Figura 10: Grupo control(GC) Datos estado civil y composición familiar.....	171
Figura 11: Grupo experimental(GE) Datos estado civil y composición familiar.....	172
Figura 12: Grupo control(GC) y Grupo experimental (GE) Datos residencia y origen.	173
Figura 13: Grupo control(GC) y Grupo experimental (GE) Datos estructura de convivencia	174
Figura 14: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Resultados Constantes vitales Inicio y Fin de estudio.....	185
Figura 15: Grupo experimental (GE) Resultados Constantes vitales Inicio, intervenciones y Fin de estudio.....	186
Figura 16: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Resultados Escala EVA Inicio y Fin de estudio.....	187
Figura 17: Grupo experimental (GE). Resultados escala EVA: Inicio o 1ªintervención, 2 intervención y Fin o 3ª intervención	188
Figura 18: Grupo experimental (GE). Evolución porcentual de la escala EVA: Inicio o 1ªintervención, 2 intervención y Fin o 3ª intervención	189
Figura 19: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Resultados BABVD Inicio y Fin de estudio.....	190
Figura 20: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Resultados HADS Inicio y Fin de estudio	191
Figura 21: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Resultados DME Inicio y Fin de estudio	193
Figura 22: Grupo experimental (GE). Resultados DME: Inicio o 1ªintervención, 2	

intervención y Fin o 3ª intervención	193
Figura 23: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Resultados Distrés emocional Inicio y Fin de estudio.....	194
Figura 24: Grupo experimental (GE). Resultados Distrés emocional: Inicio o 1ªintervención, 2 intervención y Fin o 3ª intervención	195
Figura 25: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE): Resultados PHQ9 Inicio y Fin de estudio.....	196
Figura 26. Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE): RESUMEN. Comparativa de resultados nivel del dolor, TD, DME, PHQ9, HADS y BABVD. Inicio y Fin de estudio .	197
Figura 27. Fotografía de los autores. Creación artística inspirada en la intervención 1ª intervención "coloreando emociones"	201
Figura 28. Fotografía de los autores. Creación artística inspirada en la intervención 2ª intervención "Liberación emocional y escucha sensible".....	202
Figura 29. Fotografía de los autores. Creación artística inspirada en la intervención 3ª intervención "Espacio de evasión a través de un entorno musical".....	202
Figura 30. Fotografía de los autores. En agradecimiento al equipo multidisciplinar de la unidad, esta imagen ilustra el cuidado oncológico centrado en la persona.....	205
Figura 31. Fotografía de los autores. "Música, arte y medicina"	225
Tabla 1:Diagrama de flujo bases de datos.	102
Tabla 2: Traducción y adaptación cultural de una escala. Esquema extraído de Blanco et al. (2018).....	119
Tabla 3: Descripción de variables secundarias para la escala SERATS "pacientes"....	124
Tabla 4: Descripción de variables secundarias para la escala MT-SAS "musicoterapeutas, terapeutas artístico creativos".....	126
Tabla 5: Resumen recogida de datos participantes del estudio.	128
Tabla 6: Cronograma y plan de trabajo "Traducción,adaptación cultural y validación. Escalas SERATS y MT-SAS.	129
Tabla 7: Correspondencias entre el color y el timbre de los instrumentos. "De lo espiritual en el arte". Kandinsky.	149
Tabla 8:Correspondencias entre ángulos y colores. "Punto y línea sobre plano". Kandinsky.	150
Tabla 9:RESUMEN: Duración intervenciones, objetivos y desarrollo del estudio. GRUPO EXPERIMENTAL.	156

Tabla 10: TABLA RESUMEN GRUPO EXPERIMENTAL: TEMPORALIZACIÓN DE RECOGIDA DE DATOS DEL ESTUDIO.	157
Tabla 11: TABLA RESUMEN GRUPO CONTROL: TEMPORALIZACIÓN DE RECOGIDA DE DATOS DEL ESTUDIO.	158
Tabla 12: Datos descriptivos de la población de estudio. Datos sociodemográficos ..	166
Tabla 13: Datos descriptivos de la población de estudio. Datos clínicos.....	176
Tabla 14: Grupo control: Resultado de las escalas o instrumentos de medición	182
Tabla 15: Resultado de las escalas o instrumentos de medición. Grupo experimental.	183
Tabla 16: Comparativa entre Grupo experimental y Grupo Control: Diferencias en el resultado de las escalas o instrumentos de medición.	184
Tabla 17: Resultados encuesta previa al incluir a un paciente del grupo experimental al proyecto.	211
Tabla 18: Resultados encuesta valoración de objetivos: Intervenciones con pacientes del Grupo experimental.	213
Tabla 19: Resultados encuesta valoración calidad del proyecto en Grupo experimental	214

2. RESUMEN

Introducción

La presente tesis doctoral aborda un innovador estudio sobre la rehumanización en la atención oncológica mediante la integración de arteterapia y musicoterapia como terapias complementarias al tratamiento clínico convencional. A través del análisis de la deshumanización en la medicina moderna, se exploran las implicaciones emocionales, psicológicas y sociales que enfrentan los pacientes oncológicos. Este trabajo busca mostrar cómo las terapias creativas pueden contribuir a mejorar el bienestar psicoemocional, reducir la ansiedad, la depresión y el estrés, y facilitar el afrontamiento de la enfermedad. El estudio se enmarca en la oncología integrativa, un enfoque que combina tratamientos médicos convencionales con terapias complementarias respaldadas por evidencia científica, una práctica consolidada en países como Estados Unidos, Alemania, Suiza, Reino Unido y Australia, y en fase de expansión en España.

Objetivos

El objetivo principal de esta investigación fue evaluar la eficacia de las intervenciones de arteterapia y musicoterapia en la reducción de la ansiedad, depresión y estrés emocional en pacientes adultos oncológicos hospitalizados tras complicaciones derivadas de su enfermedad. Entre los objetivos secundarios se incluyeron la evaluación de los efectos de estas terapias en el control del dolor, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la autonomía funcional, además de investigar las características sociodemográficas y particulares de cada paciente para personalizar las intervenciones.

Metodología

Se diseñó un estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo en el Hospital 12 de Octubre de Madrid, con una muestra de 100 pacientes oncológicos adultos hospitalizados. La muestra fue dividida en dos grupos: un grupo experimental que recibió intervenciones de arteterapia y musicoterapia junto con el tratamiento clínico estándar, y un grupo control que solo recibió el tratamiento clínico habitual. Las intervenciones consistieron en tres sesiones de terapias creativas durante los primeros días de hospitalización. Se emplearon diversas escalas clínicas para medir los niveles de dolor (EVA), ansiedad y depresión (HADS), estrés emocional (DME/TD) y síntomas depresivos (PHQ-9), junto con parámetros fisiológicos y entrevistas semiestructuradas.

Resultados

Los resultados mostraron que el grupo experimental, tras tres sesiones de intervención, presentó reducciones significativas en los niveles de dolor (-4.72; $p < 0.001$), ansiedad (-4.78; $p < 0.001$), depresión (-4.06; $p < 0.001$) y distrés emocional (-5.28; $p < 0.001$), en comparación con el grupo control. También se observaron mejoras fisiológicas relevantes, como la disminución de la presión arterial sistólica (-25.34 mmHg) y diastólica (-11.92 mmHg), y la reducción de la frecuencia cardíaca. Aunque los cambios en la autonomía funcional, evaluados a través del Índice de Barthel (BABVD), no alcanzaron significancia estadística, se observó una tendencia positiva hacia la mejora en la funcionalidad. Las entrevistas semiestructuradas reflejaron una mejora en el bienestar emocional, la motivación personal y las relaciones interpersonales de los pacientes.

Conclusiones

Este estudio valida la integración de arteterapia y musicoterapia como intervenciones clave dentro de la oncología integrativa. Las terapias creativas no solo complementan el tratamiento convencional mejorando el bienestar emocional, sino que también contribuyen a la estabilidad física de los pacientes oncológicos, reforzando la necesidad de una atención más humanizada y centrada en la persona. Estos hallazgos sugieren nuevas oportunidades para la expansión de la oncología integrativa en España, destacando la importancia de incluir estas prácticas en los protocolos de atención estándar para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos hospitalizados.

3.1. ABSTRACT

Introduction

This doctoral thesis presents an innovative study on rehumanizing cancer care through the integration of art therapy and music therapy as complementary therapies to conventional clinical treatment. By addressing the issue of dehumanization in modern medicine, this research explores the emotional, psychological, and social challenges faced by oncology patients. It aims to demonstrate how creative therapies can enhance psychosocial well-being, reduce anxiety, depression, and distress, and facilitate better coping with the disease. The study is set within the context of integrative oncology, a multidisciplinary approach that combines conventional medical treatments with evidence-based complementary therapies—a practice well-established in countries like the United States, Germany, Switzerland, the United Kingdom, and Australia, and now emerging in Spain.

Objectives

The primary objective of this research was to evaluate the effectiveness of art therapy and music therapy interventions in reducing anxiety, depression, and emotional distress in hospitalized adult oncology patients following disease-related complications. Secondary objectives included assessing the impact of these therapies on pain management, blood pressure, heart rate, and functional autonomy, while also exploring the patients' sociodemographic characteristics and individual needs to tailor the interventions for maximum benefit.

Methodology

A quasi-experimental, longitudinal, and prospective study was conducted at the Hospital 12 de Octubre in Madrid, involving 100 hospitalized adult oncology patients. The sample was divided into two groups: an experimental group that received art therapy and music therapy sessions alongside standard clinical treatment, and a control group that only received standard clinical care. The interventions comprised three sessions of creative therapies during the first days of hospitalization. Various clinical scales were used to measure levels of pain (EVA), anxiety and depression (HADS), emotional distress (DME/TD), and depressive symptoms (PHQ-9), along with physiological parameters and semi-structured interviews.

Results

The results indicated that the experimental group, after three intervention sessions, experienced significant reductions in pain (-4.72; $p < 0.001$), anxiety (-4.78; $p < 0.001$), depression (-4.06; $p < 0.001$), and emotional distress (-5.28; $p < 0.001$), compared to the control group. Physiological improvements were also noted, including decreases in systolic blood pressure (-25.34 mmHg) and diastolic blood pressure (-11.92 mmHg), as well as heart rate reduction. Although changes in functional autonomy, as measured by the Barthel Index (BABVD), did not reach statistical significance, a positive trend toward improvement was observed. Semi-structured interviews further revealed enhanced emotional well-being, personal motivation, and interpersonal relationships among the patients.

Conclusions

This study validates the integration of art therapy and music therapy as key interventions within integrative oncology. Creative therapies not only complement conventional treatment by improving emotional well-being but also contribute to physical stability in oncology patients, reinforcing the need for more humanized, patient-centered care. These findings open new avenues for the expansion of integrative oncology in Spain, highlighting the importance of incorporating these practices into standard care protocols to improve the quality of life for hospitalized oncology patients.

4. INTRODUCCIÓN

4.1. SOBRE LA NATURALEZA DE LA REHUMANIZACIÓN. LA MEDICINA Y LA ENFERMERÍA SON ACTIVIDADES PROPIAMENTE HUMANAS.

Desde hace unos años, he sido testigo de una insatisfacción generalizada en el mundo de la oncología en adultos. El tiempo de espera ante el diagnóstico, la asignación de camas en el hospital, la insuficiente información, las inadecuadas revisiones médicas y la falta de comunicación entre el profesional sanitario y el paciente son algunos de los principales motivos de insatisfacción que pacientes, familiares y profesionales perciben a diario. Este capítulo busca explorar la rehumanización en la medicina y la enfermería, con un enfoque especial en el contexto oncológico.

Al intentar calzarme en los zapatos de los pacientes, familiares y profesionales, siento que tengo mucho que compartir. Me siento en la obligación moral de dirigir mi tesis a todos ellos, con el fin de aportar claridad y luz en este ámbito complejo. Para comenzar, debemos centrarnos en una pregunta fundamental: ¿Qué es la oncología?

La oncología es la rama de la medicina que se ocupa del cáncer. Según el Instituto Nacional del Cáncer: "Cáncer es el nombre que se le da a un conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del alrededor" [1]. La Sociedad Española de Oncología Médica añade: "El término cáncer engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo" [2].

El cáncer abarca una amplia gama de enfermedades con diferentes frecuencias, gravedades y pronósticos. Hay cánceres con los que se puede convivir, otros que son mortales y algunos que se pueden prevenir mediante cribados y gestión de factores de riesgo. Este contexto plantea un compromiso ético indudable. Pero ¿los profesionales sanitarios siempre tienen en cuenta este compromiso?

Lamentablemente, he observado cómo pacientes, familiares y profesionales coinciden en que no siempre es así. El principio de justicia, tanto a nivel conmutativo como distributivo, no siempre se cumple. Un ejemplo evidente es la variación en la

disponibilidad de tratamientos según las diferentes comunidades y centros sanitarios, reflejando desigualdades territoriales incluso dentro de un mismo país.

Diagnosticar cáncer implica enfrentarse a la incertidumbre, la duda y el sufrimiento, experiencias vividas de forma particular por cada paciente. Tratar a cada paciente de manera individualizada es crucial para ofrecer una asistencia adecuada. La mayoría de los pacientes oncológicos pierden su autonomía, lo que requiere una reevaluación constante de su competencia para tomar decisiones. Desde un punto de vista ético, nunca debemos violar el principio de autonomía, respetando a nuestros pacientes como agentes autónomos e informándoles de manera veraz sobre su enfermedad.

Sin embargo, en la actualidad, somos testigos de una medicina excesivamente biologicista, centrada en datos y estadísticas, olvidando la interacción humana. El Dr. F. J. Barón describe esta actitud como "Agresividad Terapéutica" en su tesis doctoral^[3]. Para combatir esta deshumanización, es esencial continuar investigando y promoviendo una medicina centrada en la persona. Los pacientes adultos oncológicos son especialmente vulnerables. Debemos identificar las causas de la deshumanización y reflexionar sobre la atención sanitaria como un acto rehumanizante. Esto implica respetar los aspectos metabiológicos, la dimensión espiritual, y el sentido del dolor, el sufrimiento, la muerte y la vida de cada enfermo, así como su intimidad.

Es esencial que como profesionales de la salud nos comprometamos a una atención rehumanizante que valore y respete a nuestros pacientes en su totalidad. Al integrar enfoques complementarios como la musicoterapia y la arteterapia, podemos ofrecer una atención más holística y centrada en la persona, promoviendo una experiencia más humana y compasiva en el ámbito oncológico^[4-6].

"El primer responsable de la miseria del otro soy yo, yo me vuelvo responsable del rostro que está frente a mí." Emmanuel Lévinas¹ [7].

¹ Emmanuel Lévinas: Filósofo y escritor judío, considera que la ética es la filosofía primera, ya que nos permite pensar en el otro; un pensamiento que resultaba imposible mediante la ontología.

"Solo con el corazón se puede ver bien; lo esencial es invisible a los ojos."

Capítulo 21. El principito. Antoine de Saint-Exupéry² [8].

4.1.1 HUMANIZACIÓN

¿Qué es humanizar?

Según el Diccionario de la Lengua Española humanizar es "hacer humano, familiar, afable a alguien o algo. Es ablandarse, desenojarse, hacerse benigno"^[9]. Esta definición abarca la esencia de transformar algo rígido y distante en algo más cercano y compasivo.

Diego Gracia³ y Ángel Brusco⁴, amplían esta idea afirmando que "humanizar es una cuestión ética. Tiene que ver con los valores, con la búsqueda del bien de la persona que se encuentra y de sí mismo en la relación. Humanizar consiste en utilizar la técnica para luchar contra las adversidades de la vida impregnándola de los valores y actitudes genuinamente humanos de acuerdo con la dignidad intrínseca del ser humano"^[10].

Resumiendo lo anterior, José Carlos Bermejo⁵ sostiene que "Humanizar es promover la competencia profesional"^[11]. Sin embargo, a menudo parece que se separa la competencia profesional de la dimensión humana, lo cual no debería ser así. La competencia profesional debe incluir no solo habilidades científico-técnicas, sino también competencias relacionales, emocionales y éticas.

- **Cultural.** En un mundo cada vez más globalizado, interactuamos con personas de diversas culturas. Es crucial cultivar la competencia cultural para tratar adecuadamente a pacientes y colegas de diferentes orígenes^[12].

² Capítulo 21. *El principito*. Antoine de Saint-Exupéry. En este capítulo, el principito, que se encuentra explorando la Tierra, se topa con un zorro. Empiezan a conversar y a entrar en confianza. Entonces el zorro pide al principito que lo domestique, y le explica que ser domesticado significa que él será único para él, que serán amigos y se necesitarán y que, al momento de despedirse, se entristecerán y luego se echarán de menos. Es una metáfora del verdadero encuentro entre médico- enfermero y paciente. Un encuentro entre personas.

³ Diego Gracia Guillén: Médico, escritor y filósofo español, especialista en Psicología y Psiquiatría, que ha trabajado como investigador para el CSIC, y al que se considera uno de los grandes expertos españoles en bioética.

⁴ Ángel Brusco: Doctor en Filosofía y licenciado en Teología y Psicología. Actualmente es el Superior General de la Orden de Ministros de los Enfermos (Camilos) y profesor del Istituto Internazionale di Teología Pastorale Sanitaria en Roma.

⁵ José C. Bermejo: Religioso camilo, doctor en teología pastoral sanitaria y máster en bioética y counselling, es profesor en la Universidad Ramón Lull de Barcelona, en la católica de Portugal y en el Camillianum de Roma. Ha publicado cerca de cuarenta libros relacionados con la humanización.

- **Político.** Un enfoque global en el sistema sanitario puede garantizar una cobertura más amplia y equitativa, evitando que los pacientes tengan que trasladarse grandes distancias para recibir tratamiento^[13].
- **Económico.** Simplificar las estructuras y los modelos asistenciales puede hacer que el sistema sanitario sea menos complejo y más eficiente, reduciendo disfunciones^[14].
- **Ético.** La formación en bioética y la creación de comités de bioética son esenciales para fomentar la deliberación ética entre los profesionales sanitarios, un área que aún necesita desarrollo^[15,16].
- **Relacional.** Las competencias relacionales son fundamentales. Formación en comunicación, especialmente en cómo dar malas y buenas noticias, es crucial para humanizar la atención sanitaria^[17].
- **Personal.** El desarrollo personal es imprescindible para relacionarse adecuadamente con los demás. Nadie puede abordar los problemas de otros si no ha enfrentado los suyos propios^[18,19].

El Dr. Jorge Carvajal ⁶ observa una paradoja al hablar de humanizar los sistemas médicos, ya que estos están compuestos por seres humanos con sus propias limitaciones y errores. No podemos esperar perfección en la humanización, pero sí un esfuerzo constante por mejorar^[20-22].

Entonces, ¿qué es humanizar? No es simplemente ser humano por nuestra condición de serlo, sino vivir y comportarse humanamente. Humanizar es respetar la dignidad intrínseca del ser humano y comprometerse a trabajar para mejorar, buscando siempre el bien.

4.1.2. DE LA HUMANIZACIÓN A LA DESHUMANIZACIÓN

Según José Carlos Bermejo, "deshumanización es sinónimo de despersonalización en el cuidado y en el trato humano. Siempre va ligada a la privatización de las cualidades humanas y, por tanto, también de los derechos humanos. Suele presentarse como una reflexión en un colectivo sanitario que tiene una relación directa con los usuarios, pacientes y familias"^[22,23].

⁶ Dr. Jorge Carvajal: Médico, cirujano, poeta, inventor, escritor. Prestigioso médico de renombre mundial, pionero en bioenergética, enfocado en la salud como un proceso dinámico de la conciencia.

Este es el gran problema ético de hoy en día en el mundo sanitario, especialmente en el ámbito de la oncología en adultos. Hablar de deshumanización es un fenómeno mucho más complejo que hablar de la felicidad, el cariño o el amor. Es importante reconocer los riesgos de la deshumanización para no caer en ella.

- **Desarrollo tecnológico y tecnificación:** La medicina oncológica ha avanzado enormemente en términos tecnológicos, pasando de técnicas rudimentarias a diagnósticos y tratamientos avanzados que aumentan las tasas de supervivencia. Sin embargo, este avance puede llevar a un abuso de la tecnología, resultando en una deshumanización de la disciplina médica y enfermera. Es crucial encontrar un equilibrio entre el uso de la tecnología y el mantenimiento de un trato humano y compasivo^[24,25].
- **Complejidad del sistema sanitario:** La complejidad del sistema sanitario, con sus estructuras burocráticas y procedimientos complicados, puede desorientar a los pacientes y contribuir a la deshumanización. La falta de recursos y la distribución desigual de estos también juegan un papel importante en la deshumanización del cuidado sanitario^[26].
- **Desgaste profesional y burnout:** Los profesionales sanitarios están expuestos a un alto riesgo de desgaste profesional o burnout. La alta demanda de atención, combinada con la falta de recursos y apoyo adecuado, puede llevar a la despersonalización del cuidado y al trato deshumanizado de los pacientes^[27,28].
- **Especialización excesiva:** Aunque la especialización en áreas específicas de la salud puede mejorar la atención, también puede llevar a una fragmentación de la visión del paciente. Los profesionales pueden enfocarse demasiado en su área de especialidad y olvidar la dimensión humana y holística del paciente^[29]. Según el Dr. Álvaro Gándara del Castillo,⁷ “el paciente oncológico se deriva tarde y mal a paliativos” “los cuidados paliativos no van adelante por los intereses económicos”^[30].
- **Poder y economía en el sistema sanitario:** La priorización de intereses económicos sobre la salud y el bienestar de los pacientes puede llevar a decisiones deshumanizadas. El ejercicio de poder sin corazón por parte de algunos directivos puede resultar en un cuidado paliativo inadecuado y en decisiones que no favorecen al paciente^[31,32].

⁷ Dr. Álvaro Gándara del Castillo. Miembro Fundador de la Sociedad Madrileña de Cuidados Paliativos. Ex presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Unidad de Oncología Médica de la Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

- **Incapacidad para reconocer limitaciones humanas:** La falta de integración de la condición humana y sus limitaciones en la práctica médica puede llevar a una deshumanización del cuidado. Cuanta más tecnología tengamos a nuestro alcance, más riesgos hay de olvidar la importancia de tratar al paciente como un ser humano integral^[21].

En conclusión, todos estos riesgos desencadenan una tendencia generalizada a la deshumanización. Sin embargo, no es la enfermedad ni los riesgos anteriores lo que degrada la humanidad de una persona enferma o de un paciente hospitalizado. Son las personas y su trato las que tienen el poder de humillar o dignificar. Como profesionales sanitarios, tenemos la responsabilidad de respetar la humanidad del paciente y reconocerlo como la persona que es.

4.1.3 DE LA HUMANIZACIÓN A LA REHUMANIZACIÓN

Hablar de humanizar la sanidad cuando ya somos humanos puede parecer redundante. Por eso prefiero el término **rehumanizar**. Creo que, en la actualidad, este concepto es necesario. Los pacientes acuden a nosotros en situaciones de vulnerabilidad que, como profesionales sanitarios, debemos entender y mejorar, sabiendo cómo actuar y comportarnos ante ellas.

El concepto de "Rehumanización" no es nuevo y tiene sus raíces en la teoría de la logoterapia de Viktor Frankl⁸, publicada en 1946^[33]. Este concepto también fue explorado en otras obras suyas y en movimientos y corrientes del pensamiento del siglo XX como la fenomenología, el existencialismo, el humanismo, el pensamiento dialógico y el personalismo. Los fundamentos teóricos de la rehumanización se hallan dispersos por las principales filosofías y escuelas humanistas del siglo XX, llegando hasta nuestros días a través de autores como, por ejemplo, Jacob Levy Moreno⁹, Gabriel Marcel¹⁰, José

⁸ Viktor Emil Frankl: Neurólogo y psiquiatra austriaco, fundador de la logoterapia. Sobrevivió desde 1942 hasta 1945 en varios campos de concentración nazis, incluidos Auschwitz y Dachau.

⁹ Dr. Jacob Levy Moreno Bucarest, Rumania: Fue miembro de la facultad de filosofía y medicina, se interesó por el psicodrama, trabajo en psicoterapia de grupo, sociometría, interpretación de roles.

¹⁰ Gabriel Marcel: Fue dramaturgo y filósofo francés. Sostenía que los individuos tan sólo pueden ser comprendidos en las situaciones específicas en que se ven implicados y comprometidos.

Ortega y Gasset¹¹, Emmanuel Mounier¹², Abraham Maslow¹³, Karol Wojtyła¹⁴ entre otros.

Estudios recientes han destacado cómo la logoterapia sigue siendo relevante en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas y terminales, proporcionando un marco para encontrar significado en el sufrimiento. Wong¹⁵ [34,35] ha explorado las aplicaciones contemporáneas de la logoterapia en la medicina y la psicoterapia, mostrando su efectividad para mejorar el bienestar emocional y mental de los pacientes.

Según José Luis Cañas Fernández, "la rehumanización comienza y termina en la vivencia y la experiencia de los seres humanos, y se basa en la estructura antropológica universal que yo llamo 'estructura personal trascendente'. Esta estructura se compone de la 'bondad-verdad', la 'libertad-responsabilidad', el 'amor', la 'comunicación-relación', la 'esperanza' y la 'belleza'. Estas son auténticas categorías antropológicas que, más que ideas teóricas, son ámbitos relacionales y vivenciales de todas las personas"^[36,37].

La rehumanización en la práctica clínica moderna se puede integrar promoviendo una atención centrada en el paciente que respete su dignidad y humanidad. Beach e Inui^[38] han propuesto un modelo de atención centrada en la relación, donde la empatía y la comunicación son fundamentales para una atención efectiva y humana.

En conclusión, "la teoría de la rehumanización propone pasar de 'las cosas mismas' a 'las personas mismas', es decir cambiar el famoso lema de la fenomenología de hace un siglo "ivuelta a las cosas mismas!" (*Zurück zu den Sachen selbst!*) por el de "ivuelta a las personas mismas!" (*Zurück zu den Personen selbst!*). Éste sería un cambio profundo de mentalidad realista y factible. Las personas, por muy deshumanizadas que estén, siempre pueden volver a nacer y 'volver a ser persona', en definitiva 'mientras hay persona hay esperanza'¹⁶ [37].

Además, investigaciones recientes han examinado cómo los principios del humanismo

¹¹ José Ortega y Gasset: Fue filósofo y ensayista español, exponente principal de la teoría del perspectivismo y de la razón vital —raciovitalismo— e histórica, situado en el movimiento del novecentismo.

¹² Emmanuel Mounier: Fue un filósofo cristiano atento sobre todo a la problemática social y política. Fundador del movimiento personalista y de la revista *Esprit*

¹³ Abraham Maslow: Fue un psicólogo estadounidense conocido como uno de los fundadores y principales exponentes de la psicología humanista.

¹⁴ Juan Pablo II, de nombre secular Karol Józef Wojtyła: Fue el papa 264 de la Iglesia católica y soberano de la Ciudad del Vaticano desde el 16 de octubre de 1978 hasta su muerte en 2005. Fue canonizado en 2014, durante el pontificado de Francisco.

¹⁵ Paul T.P. Wong: Psicólogo clínico y profesor canadiense.

¹⁶ José Luis Cañas Fernández: Secretario General de la Asociación Iberoamericana de Personalismo.

pueden aplicarse en el contexto médico contemporáneo, enfatizando la importancia de la empatía, la compasión y el respeto en la atención al paciente. Egnew¹⁷ [39,40], ha señalado que la medicina moderna debe reevaluar su enfoque para incluir aspectos humanísticos que son esenciales para la curación completa del paciente.

4.2. REHUMANIZANDO CONCEPTOS

4.2.1 CONDICIÓN HUMANA DEL SER

El ser humano es una entidad compuesta de cuerpo y alma, una unidad sustancial de materia y espíritu que constituye nuestra esencia y verdad ontológica. Esta visión integral del ser humano nos permite comprender que somos más que la suma de nuestras partes físicas y biológicas; somos seres con capacidades y potencias operativas que nos permiten actuar y relacionarnos con el mundo.

Desde Descartes, la famosa declaración "pienso, luego existo" ha marcado profundamente la filosofía occidental, enfocándose en el nivel trascendental del ser humano y sugiriendo que la existencia está ligada a la capacidad de pensamiento y acción^[41]. Esta perspectiva ha llevado a malinterpretaciones modernas, donde se tiende a valorar más el actuar que el ser. Por ejemplo, se podría erróneamente concluir que un anciano que ya no piensa ni toma decisiones, deja de ser una persona.

Sin embargo, es crucial recordar que la esencia del ser humano no se define únicamente por su capacidad de actuar o pensar en un momento dado. Nuestra dignidad y valor intrínseco como personas permanecen intactos, independientemente de nuestras capacidades actuales. La afirmación "el actuar sigue al ser" subraya que, aunque nuestras acciones reflejan nuestra esencia, nuestra existencia no depende de nuestra capacidad de actuar en todo momento^[42].

Investigaciones recientes han destacado la importancia de una visión holística del ser humano en el contexto de la medicina y la atención sanitaria. En el ámbito de la oncología y las terapias complementarias como la musicoterapia y la arteterapia, es esencial reconocer la dignidad y el valor intrínseco de cada paciente, más allá de su condición física o mental momentánea^[43,44]. La afirmación "el actuar sigue al ser" subraya que,

¹⁷ Thomas R Egnew: Investigador independiente en el área de la educación médica.

aunque nuestras acciones reflejan nuestra esencia, nuestra existencia no depende de nuestra capacidad de actuar en todo momento^[42].

La dignidad humana debe ser un pilar fundamental en la atención médica. Un artículo reciente examina cómo la dignidad humana debe ser un pilar fundamental en la atención médica, abogando por una rehumanización de la medicina que reconozca la integridad del ser humano^[45]. Además, estudios contemporáneos han enfatizado la necesidad de reintegrar los principios humanistas en la práctica médica, promoviendo una atención que valore tanto la dimensión física como espiritual del paciente^[46].

La integración de musicoterapia y arteterapia en el tratamiento oncológico no solo mejora el bienestar emocional de los pacientes, sino que también refuerza su dignidad y valor intrínseco, ofreciendo una atención más compasiva y centrada en la persona^[47]. Debemos mirar al otro como lo que verdaderamente es: una persona con dignidad y capacidad de introspección y trascendencia. Esta perspectiva rehumanizadora nos invita a ver más allá de las limitaciones físicas o mentales y a reconocer la esencia inmutable del ser humano.

4.2.2 FRAGILIDAD, VULNERABILIDAD E INTEGRIDAD

Hoy en día, vulnerabilidad e integridad son conceptos que debemos abordar en oncología de adultos, ya sea por la mayor información y conciencia que tenemos sobre ellos o por su dificultoso abordaje. A continuación, intentaré aproximarme a cada uno de ellos desde una visión rehumanizadora de la oncología en adultos.

Vulnerabilidad es un término complejo que la Real Academia Española define como “cualidad de vulnerable y que alude a que puede ser herido o recibir lesión, física o moral” ^[48]. A simple vista, es una definición insuficiente para comprender todo lo que encierra este concepto. Según la definición bioética, la vulnerabilidad se describe como “la incapacidad de resistencia que se tiene ante un fenómeno amenazante, y es consecuencia de la fragilidad de todo ser humano, herido, violado, enfermo, asaltado, secuestrado, torturado, castigado, hostigado, maltratado, etc, y que paralelamente lo coloca ante la posibilidad o amenaza de sufrir algún daño emocional, físico o moral causado por una situación de maldad, injusticia, desprecio, discriminación... o cualquier tipo de daño”^[49].

El ser humano es una unidad orgánica que goza de una integridad; sin embargo, esta unidad ni es absoluta ni inalterable. Somos seres dependientes, limitados y finitos. Es por ello que todos somos vulnerables. Nuestra integridad está constantemente amenazada por razones propias y ajenas: la niñez, la vejez, la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, etc. Blaise Pascal describió esta fragilidad de manera poética: "El hombre no es más que una caña, la más frágil de la naturaleza, pero es una caña pensante. No hace falta que el universo entero se arme para destruirlo; un vapor, una gota de agua es suficiente para matarlo"¹⁸ [50].

Investigaciones recientes han destacado la importancia de una visión holística del ser humano en el contexto de la medicina y la atención sanitaria. En el ámbito de la oncología y las terapias complementarias como la musicoterapia y la arteterapia, es esencial reconocer la dignidad y el valor intrínseco de cada paciente, más allá de su condición física o mental momentánea^[51,52]. El ser humano, por el hecho de existir, es frágil y vulnerable. Todos, sanos o enfermos, en estado de crecimiento, desarrollo o de plenitud, bien o mal dotados, somos vulnerables, pues en la vida cotidiana estamos sujetos al dolor, al sufrimiento, al padecimiento, a la negatividad y al deterioro.

La vulnerabilidad afecta a todas y cada una de las dimensiones y facetas del ser humano (a su ser, a su hacer y a su decidir). Decir que somos vulnerables es afirmar que no somos seres infinitos ni omnipotentes y, por tanto, que somos limitados y alterables. Estudios contemporáneos han enfatizado la necesidad de reintegrar los principios humanistas en la práctica médica, promoviendo una atención que valore tanto la dimensión física como espiritual del paciente^[53].

Llegados a este punto, es importante recordar otro concepto: la competencia. Un ser vulnerable puede ser competente o no serlo. La vulnerabilidad no implica incompetencia; sin embargo, el ser incompetente sí implica vulnerabilidad. Por ejemplo, un paciente oncológico diagnosticado de cáncer de colon en fase inicial de la enfermedad es vulnerable y, al mismo tiempo, competente. Por otro lado, un anciano diagnosticado de Alzheimer en estadio muy avanzado de la enfermedad o un neonato prematuro serían

¹⁸ Blaise Pascal, Pensamientos, XV,200: Fue polímata, matemático, físico, filósofo cristiano y escritor francés. (el genio del pensamiento sensible y del corazón razonable).

incompetentes y vulnerables^[54].

Ser humano es sinónimo de ser un ser íntegro. Relacionando ser humano y cáncer, está claro que la enfermedad oncológica conlleva una desintegración de la persona que debemos abordar con nuestros cuidados. La integridad del ser humano se refleja mediante una relación armónica entre los elementos físicos, psicosociales e intelectuales de su vida. Según el Dr. Francesc Torralba Roselló¹⁹, la integridad física se asocia a un organismo fisiológicamente normal, capaz de lograr los objetivos de una persona de manera eficaz. La integridad psicológica y social se refiere al conjunto de valores humanos que una persona recoge para conservar el equilibrio en su proceso de salud y desarrollo social. Finalmente, la integridad axiológica es la naturaleza intacta de los valores que apreciamos y adoptamos^[55,56].

Integridad es una palabra vinculada con el latín "integer" (entero, intocado, intacto). La integridad personal alude a la condición de "completo, íntegro" y se aplica a aquello en que no falta nada de lo que lo constituye normal u originariamente^[57]. Según Eric Cassell²⁰, "el estado de malestar inducido por la amenaza o la pérdida de integridad o desintegración de la persona, con independencia de su causa, es una experiencia de límite, tanto moral como existencial, mental, religiosa, social o política . Nos recuerda que somos seres limitados, finitos y vulnerables"^[58,59].

En definitiva, la vulnerabilidad tiene especial interés en oncología, sobre todo cuando se detecta como una agresión a la vida, a la salud, al valor y dignidad de la persona humana, centro y esencia de la misma. "No solo el cuerpo es vulnerable. Es vulnerable todo lo que afecta a la condición humana"^[60].

4.2.3 SENTIDO DEL SUFRIMIENTO

Al escuchar la palabra cáncer, las primeras ideas que nos vienen a la mente son de miedo y angustia ante el sufrimiento que conlleva. Cuando el cáncer avanza, el paciente comienza a depender de los demás y, en consecuencia, a ser menos independiente.

¹⁹ Dr. Francesc Torralba Roselló: Doctor en Filosofía y en Teología. Dirige la cátedra ETHOS de la Universidad Ramón Llull.

²⁰ Eric Jonathan Cassell: Fue un médico y bioético estadounidense. Advirtió que los médicos con demasiada frecuencia se centran en la enfermedad en lugar del bienestar general de quien la padece.

Empieza a requerir ayuda y a sentirse una carga. Todo esto es una fase que puede derivarse del diagnóstico de cáncer.

Si en el tiempo este tumor continúa desarrollándose, entramos en un periodo de inactividad y de dependencia "forzosa". En este periodo predominan las estancias hospitalarias prolongadas, los ciclos de quimioterapia y las entradas y salidas del hospital. Todo ello hasta que aparece el diagnóstico de terminalidad o el estadio de enfermedad incurable. En la actualidad, esta es nuestra experiencia cotidiana frente al cáncer.

Como profesionales sanitarios del ámbito oncológico no reflexionar ni abordar conceptos como los citados anteriormente conlleva al fracaso y, en consecuencia, a deshumanización en la oncología de adultos. Entre otros, uno de los tantos ejemplos de deshumanización en este ámbito es priorizar el uso de escalas de valoración funcional en oncología, como el índice de Karnofsky^{21[61,62]} o el estado funcional del Eastern Cooperative Oncology Group^{22[63]} que dejan de lado las condiciones metabiológicas intrínsecas del ser humano como la fragilidad, la vulnerabilidad, la integridad y la dignidad.

Según el Dr. F. J Barón Duarte²³, *"las malas gestiones de estos aspectos del ser humano influyen en el desarrollo y en la recuperación de su enfermedad"*^[3]. Si no abordamos dichos aspectos, provocaremos en nuestros pacientes una peor tolerancia frente a la enfermedad, aumentando la mortalidad y el sufrimiento. Entonces, surge la primera gran pregunta a nivel global de la humanidad: ¿Qué es el sufrimiento?

Distinguir entre dolor y sufrimiento es imprescindible. El sufrimiento es una experiencia común a toda la humanidad que no podemos confundir con el dolor, siendo este físico. Según Lévinas, "supone el hecho de estar acorralado por la vida y por el ser"^[7,64]. El sufrimiento está relacionado con el ámbito existencial del ser humano, con dudas e incertidumbres: ¿Qué va a pasar en el futuro conmigo? ¿Cómo va a acabar esto? ¿Qué

²¹ La Escala Karnofsky, también llamada, KPS, es la forma típica de medir la capacidad de los pacientes con cáncer de realizar tareas rutinarias. Los puntajes de la escala de rendimiento de Karnofsky oscilan entre 0 y 100. Un puntaje más alto significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas.

²² La escala ECOG es una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente exclusivamente con cáncer u oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días.

²³ Dr. F. J Barón Duarte: especialista de la Unidad de Hospitalización de Oncología Médica del Hospital Universitario de A Coruña y vocal de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).

esperan de mí? Está relacionado con eventos que no esperamos y que en ocasiones nos desbordan. Eventos que no pueden ser previstos.

Por otro lado, según la ética de Aristóteles,²⁴ "el hombre vive para ser feliz". De ahí que no queramos sufrir. Sin embargo, el hombre constantemente sufre y se pregunta el por qué. Esta pregunta nos inquieta y nos hace interrogar lo fundamental de la existencia humana para darle una respuesta. El problema quizás viene en que el hombre no elige sufrir, pero lo padece.

Sufrir es más que el dolor físico; es un sentimiento de miedo, culpa o vergüenza. No existe el sufrimiento pequeño, puesto que el sufrimiento que vive un niño puede ser tan grande como el que vive un adulto. Por ello, es necesario aprender que no existen los pacientes, sino que existen las personas.

Individualicemos cada caso y conozcamos las experiencias concretas que lo engloban. Tengamos presente que el sufrimiento depende de las prioridades, las preocupaciones, los recursos y los valores de la persona. Aquí encontramos el nexo de unión con la espiritualidad, la cual, al igual que la biológica, la social o la psicológica, es una dimensión del hombre relacionada con la capacidad de trascendencia.

C. Jomain²⁵[65] resume la espiritualidad en tres categorías: sentido de la vida, valores y creencias. Define las necesidades espirituales como "necesidades de las personas, creyentes o no, a la búsqueda de un crecimiento del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, o que están todavía deseando transmitir un mensaje al final de la vida"^[66].

Quizás el problema de estas necesidades es la dificultad para reconocerlas y detectarlas. A menudo, nosotros, los profesionales sanitarios, por carencia de herramientas, despreocupación, incompetencia o desinformación en cuanto a la repercusión en la salud que estas conllevan, no conseguimos adentrarnos en el interior de los pacientes ni identificar estas necesidades espirituales.

En definitiva, el sufrimiento es un elemento inevitable de la existencia humana. Este puede destruir o enriquecer al hombre. Además, puede tener un porqué, un sentido. El

²⁴ *Ética nicomáquea o Ética a Nicómaco*. Es una obra de Aristóteles escrita en el siglo IV a. C. Se trata de uno de los primeros tratados conservados sobre ética y moral de la filosofía occidental.

²⁵ Christiane Jomain (1989): *Enfermera*. En su libro *Morir en la ternura* vivir el último instante muestra los testimonios que se transcriben en las diversas Necesidades Espirituales.

sentido del sufrimiento representa un salto trascendental existencial en la propia conciencia de nuestra condición humana, donde el hombre se encuentra a sí mismo con su propia humanidad, dignidad y misión.

Estudios recientes subrayan que la comprensión del sufrimiento puede hacer del dolor un camino de crecimiento y plenitud. Por ejemplo, Laureano J. Benítez Grande-Caballero²⁶ argumenta que "la comprensión del sufrimiento puede hacer del dolor un camino de crecimiento y plenitud"^[67]. Como decía Nietzsche, "cuando un hombre tiene un porqué vivir, soporta cualquier cómo"^[68].

Rehumanizar el sentido del sufrimiento implica reflexionar sobre este desde el ámbito existencial y, por tanto, humano. El sufrimiento y el dolor no están limitados al cáncer; todos padecemos estos a lo largo de la vida. Y nosotros, como profesionales sanitarios, también. Trabajamos con personas que sufren y que tienen dolor.

Hay muchos tipos de dolor (agudos, crónicos, propios, ajenos) al igual que también hay muchos tipos de sufrimiento (físicos, mentales, causados por los demás) y esto debemos tenerlo en cuenta. Eric Cassell destaca en su obra^[59] que el sufrimiento puede tener un impacto profundo en la identidad y dignidad del paciente, y que entender este sufrimiento en su totalidad es esencial para brindar una atención verdaderamente humanizada.

Harvey Chochinov²⁷, en sus investigaciones sobre la dignidad en el cuidado paliativo, proporciona una perspectiva esencial sobre cómo abordar el sufrimiento de los pacientes terminales, subrayando la importancia de tratar a los pacientes con dignidad y respeto. La Declaración de bioética de derechos humanos de la UNESCO destaca que "el dolor forma parte de nuestra vida, es algo que debemos intentar aceptar". La Declaración de bioética de derechos humanos de la UNESCO destaca que "el dolor forma parte de nuestra vida, es algo que debemos intentar aceptar"^[69].

En mi opinión, el dolor es algo para lo que no estamos preparados y, al mismo tiempo, algo contra lo que debemos luchar. Es una prueba de la veracidad del amor, de lo que somos capaces de dar y de hacer por los demás. Propongo a continuación una pregunta

²⁶ Laureano J. Benítez (Sevilla, 1952): Licenciado en Filosofía y Letras. Ha publicado varios libros entre ellos "El sufrimiento: un camino a la plenitud".

²⁷ Harvey Max Chochinov: Académico y psiquiatra canadiense, autoridad líder en las dimensiones emocionales del final de la vida y en cuidados de apoyo y paliativos.

para empezar a rehumanizarnos:

¿Qué eres capaz de hacer por los demás y hasta dónde estás dispuesto a llegar?

4.2.4 LA MUERTE, EXISTE HABLEMOS DE MUERTE

“Mantenemos la muerte desligada de nuestra vida, aunque es una etapa más de ella.” Esto, es lo que cree la antropóloga y profesora de enfermería María Getino²⁸ quien, durante tres años, convivió con pacientes graves y sus familiares para averiguar cómo se prepara para la muerte un enfermo de cáncer. La antropóloga asegura que la experiencia le ha enriquecido hasta tal punto que reconoce: “ha cambiado mi manera de abordar la muerte”.

Y yo me pregunto, ¿acaso en el mundo de hoy es habitual que hablemos de muerte? ¿hablamos de muerte con nuestra familia? ¿con nuestros padres? ¿con nuestros hijos? ¿con nuestros amigos? ¿con nuestra pareja? o quizás la pregunta sea, ¿nos dejan hablar de muerte?

Todos somos conscientes de que tarde o temprano vamos a morir, y, sin embargo, tenemos una tremenda dificultad para pensar y hablar de la muerte. Nos comportamos como si la muerte fuera algo siempre ajeno. ¿Qué es lo que nos da miedo? ¿qué es lo que les da miedo a nuestros pacientes?

Nos da miedo la muerte. Y a nuestros pacientes también les da miedo. Se sienten amenazados por ella. La muerte, les indica que en algún momento pueden perder lo más preciado: la vida. Se sienten indefensos y angustiados ante ella y con razón. Porque, ¿qué hay detrás de la muerte? ¿qué se oculta tras esta?

Cada cual se contesta con una respuesta diferente. Y cuando les preguntas si realmente son capaces de visualizar su muerte te dicen que ésta tiene forma de esqueleto empuñando una guadaña, de reloj de arena, de cuervo, y siempre lo relacionan con el color negro.

Y sí, hablar de ésta tiene una fuerza abstracta que les bloquea a todos, les hace sentirse solitarios, vacíos, vulnerables, finitos e insignificantes. De repente, sienten que han fracasado personalmente, que no han hecho nada, que no han aprovechado su vida. ¿Y

²⁸ María Getino (León España 1948). Antropóloga y profesora de Enfermería en la Universidad de Barcelona: “Contar con la muerte ayuda a vivir”.

ahora qué? Nada.

Pero no solo son nuestros pacientes los que niegan la muerte o los que sienten fracaso ante la misma. Existe un fracaso profesional y generalizado de ésta, en el sistema sanitario, la educación y otras áreas. En nuestro caso, nosotros los profesionales sanitarios, lo sentimos cuando no curamos a nuestros pacientes.

David Callahan²⁹, en un artículo publicado en The New England Journal of Medicine^[70] propone para la medicina del siglo XXI dos objetivos fundamentales. "Es igual de importante prevenir y curar como que los pacientes puedan morir en paz".³⁰ No poder curar aquella enfermedad que provoque la muerte no es un fracaso. Aún podemos ayudar a que los pacientes mueran en paz. Pero ¿por qué en general esto no se hace?

La realidad es que nos encontramos con que "muerte", al igual que "cáncer", es otro tabú. Vivimos en una sociedad altamente tecnológica en la que sentimos que podemos controlar todo. ¿Pero lo controlamos? La respuesta es rotundamente no. Cuando nos dicen: tu padre, tu madre, tu hijo, tu tío, tu amigo, tu vecino... se está muriendo, no lo controlamos. Y entonces, ¿qué hacemos? Lo negamos. Lo negamos porque la muerte se escapa de nosotros, nos da miedo, nos crea angustia y es inevitable.

Mientras nuestra rutina del día a día no se ve afectada, llegamos a casa y lo único que queremos es hablar de cualquier otra cosa que no sea la muerte. De hecho, si recurrimos a ella lo hacemos de forma impersonal, con prudencia y mucho tacto, es decir, hablando pudorosamente como acontecimientos que les suceden a los demás. Pero en general, nadie llega a casa y reflexiona sobre la muerte en sí. Nadie piensa si yo fuera esa persona que se está muriendo o que murió, ¿cómo hubiera o querría morir?

Vivimos en una sociedad oculta, ficticia. No queremos vulnerabilidad, incertidumbre, sufrimiento. No queremos llorar ni enfermar. Vivimos en un pragmatismo en donde la muerte no tiene respuesta: el que muere, se murió. Y esto no es así. Debemos de afrontarla. Quizás no podamos escoger no morir, pero lo que sí podemos escoger es cómo queremos hacerlo. Ese es nuestro gran objetivo. Los profesionales del área de la salud, somos quienes estamos en contacto con el paciente y su familia durante la vida,

²⁹ Daniel Callahan: Filósofo bioeticista director del Hasting Center.

y, por tanto, somos los responsables de ayudarles a morir en paz.

Generalizando, hoy en día, los profesionales sanitarios tartamudeamos ante la muerte, la negamos incluso le damos la espalda. Y como consecuencia, nuestros pacientes mueren con un alto nivel de sufrimiento sin escoger cómo hacerlo. Así que, planteo lo siguiente: ¿qué podemos hacer para solucionar esto?

En mi opinión, hablar de la muerte. Lo importante es que empecemos a hablar sin miedo de la muerte con los niños, los adolescentes, los adultos y los ancianos. Hablar de la muerte es un reto y una oportunidad para nosotros. Implica que como profesionales estamos siendo competentes. Estamos ayudando a que nuestros pacientes tengan conciencia ante la muerte, y sepan responder cómo, con quién quieren morir y, sobre todo, que puedan aprovechar el tiempo valorando y disfrutando aún más cada momento. Ser conscientes ante la muerte nos da la responsabilidad, la autonomía de escoger cómo y de qué forma queremos vivir, también nos hace reflexionar sobre el sentido de la vida y la muerte, sobre si hay algo que nos hace trascender. Nos ayuda a planificar el final de la vida.

Por tanto, los sanitarios tenemos que formarnos para estar preparados en el afrontamiento de la muerte. Es decir, tenemos que comprometernos. Comprometernos acompañando al paciente de manera continua, rompiendo las barreras de comunicación y hablando sin miedo de la muerte. Tenemos que prepararnos. Formarnos en ciencias naturales, sociales, técnicas y humanas, habilidades de comunicación deliberativas, escucha activa y empatía, identificación de las necesidades, etc. Empezando a trabajar desde nosotros mismos, desde nuestros familiares, amigos, compañeros. Si no, jamás vamos a poder ayudar a nuestros pacientes. Necesitamos tiempo, compromiso y actitud.

"¡Tú eres importante para mí y te voy a ayudar hasta el último momento!" María Antonia Lacasta.³¹

A su vez, acompañar al ritmo del paciente es esencial. Nuestro paciente marca el ritmo, es el director de la orquesta, y nosotros somos los instrumentos. Utilicemos un diálogo de equilibrio real entre lo peor que le puede pasar y lo mejor. Hablemos de la vida y de la muerte, hagamos frente a cada circunstancia. No tengamos prisa en dedicar tiempo a este momento, vayamos paso a paso, despacio, como el proceso que es. Busquemos

³¹ María Antonia Lacasta: Profesora de la Cátedra de Oncología y Medicina Paliativa (UAM). Psicóloga clínica. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario La Paz.

el silencio y el espacio que este requiera, hasta descubrir qué cosas le quedan a nuestro paciente por hacer, qué quiere compartir o con quién quiere estar. Ayudémosle a reconciliarse y a perdonar. Ayudémosle en la búsqueda de significado, de sentido. Activemos los recursos que cada uno de nuestros pacientes tiene y después, tengamos una actitud de compromiso por las dos partes, la suya y la nuestra.

Todo ello, nos va a ayudar a que la persona que tenemos enfrente, vaya haciéndose consciente y aceptando la muerte. Vamos a poder abordar sus sentimientos de tristeza, ansiedad, temor... y a trabajar cada uno de sus pequeños miedos que guardan relación con la muerte. Así, nuestro paciente, aunque no sepa cuándo, será capaz de saber cómo tomar sus propias decisiones frente a lo que piensa, quiere y necesita antes de morir.

"La muerte del otro que muere, me afecta en mi propia identidad como responsable, el hecho de que me vea afectado por la muerte del otro constituye en mí, relación con su muerte"^[71,72] .

La investigación reciente ha demostrado que integrar terapias complementarias, como la musicoterapia y la arteterapia, puede ser de gran ayuda en el proceso de aceptación de la muerte. Un estudio reciente sobre el efecto de la arteterapia y la musicoterapia en pacientes con cáncer de mama demostró que estas intervenciones pueden mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, ayudándoles a enfrentar sus emociones y a encontrar un sentido de paz^[73].

Además, un artículo publicado en el *Journal of Palliative Medicine*^[74] resalta la importancia de la comunicación y la empatía en el cuidado paliativo, subrayando que los profesionales de la salud deben estar capacitados no solo en aspectos técnicos, sino también en habilidades interpersonales que permitan una mejor conexión con los pacientes en sus últimos días.

En un artículo de revisión sistemática, se destaca que los enfoques integrales que incluyen terapias como la musicoterapia y la arteterapia no solo alivian el sufrimiento emocional y físico, sino que también fortalecen la relación entre el paciente y el cuidador, creando un ambiente de confianza y apoyo mutuo^[75]. Estos estudios subrayan la necesidad de integrar enfoques holísticos y humanizantes en el cuidado paliativo, permitiendo a los pacientes afrontar su situación con mayor dignidad y paz, y mejorando la calidad de vida en sus últimos días.

4.3. RECONOCIMIENTO DE DESHUMANIZACIÓN

4.3.1 FACTORES QUE DESHUMANIZAN LA MEDICINA EN GENERAL.

A lo largo de los últimos años, la medicina ha avanzado significativamente gracias a importantes intervenciones médicas y descubrimientos científicos. Estos avances han mejorado notablemente la calidad y duración de la vida. Sin embargo, cada vez más personas expresan su preocupación por la ausencia de humanidad o la deshumanización en los profesionales sanitarios y, por ende, en la medicina en general. Muchos pacientes recuerdan con nostalgia a los médicos y enfermeras del pasado, quienes eran percibidos como más humanos y cercanos, preocupándose por las necesidades afectivas y espirituales de sus pacientes. Un paciente afirmó: "En el pasado, los sanitarios no se distanciaban de las personas para acercarse a la enfermedad. Ahora vivimos mejor, pero nos sentimos peor."

Este sentimiento no solo se limita a los pacientes y sus familiares; los propios profesionales sanitarios también lo experimentan. Existen numerosas barreras que dificultan la humanización de la medicina en la actualidad^[76-79]. A continuación, se enumeran los principales factores de deshumanización según estudios recientes y literatura relevante.

- **Mercantilización de la medicina:** La transformación de la salud en un negocio ha facilitado el predominio de la industria de la sanidad y la farmacéutica. La medicina se ve influenciada por intereses comerciales que pueden priorizar las ganancias sobre el bienestar del paciente.
- **Burocratización de la práctica médica:** Los numerosos registros y la informatización de la historia clínica pueden interponerse entre el médico y el paciente, creando una barrera tecnológica que dificulta la comunicación personal y empática.
- **Tecnificación de la sanidad:** Aunque la tecnología es un aspecto esencial de la medicina moderna, su uso excesivo puede deshumanizar el cuidado del paciente. Es crucial recordar que no todo lo técnicamente posible es éticamente adecuado.
- **Hipertrofia de la autonomía:** La excesiva autonomía puede llevar a una medicina de complacencia, donde los médicos buscan ser simpáticos y complacientes en lugar de tomar decisiones basadas en el mejor interés del paciente.
- **Concepto de salud y calidad de vida:** El hedonismo y el utilitarismo han

moldeado el concepto de salud, haciendo del sufrimiento, la enfermedad y la muerte tabúes. En algunos países, las personas mayores que requieren cuidados pueden sentir que son una carga y optar por la eutanasia como un acto solidario.

- **Influencia de las ideologías:** Las diversas ideologías y las expectativas de la sociedad han impuesto nuevas funciones a los médicos que no son propias de su rol tradicional. Esto puede incluir la cosificación del médico, donde el valor del profesional se mide por su utilidad en lugar de su humanidad.
- **Cosificación de los pacientes:** Es común que los profesionales de la salud vean a los pacientes como casos clínicos en lugar de personas con dignidad y necesidades emocionales^[80].
- **Falta de reflexión teleológica:** La medicina se ha convertido en una vocación técnica sin reflexión profunda sobre su propósito y sentido, limitando el verdadero encuentro entre el profesional sanitario y el paciente^[81,82].
- **Judicialización de la medicina:** La medicina defensiva surge como respuesta al temor de litigios, lo que incrementa el coste de las pólizas de responsabilidad civil y el gasto sanitario, afectando la relación médico-paciente^[83,84].
- **Subordinación a la legislación:** Las leyes que regulan la práctica médica a menudo buscan proteger legalmente a los profesionales, pero pueden ir en contra del sentido y propósito humanístico de la medicina. La rigidez legislativa y el miedo pueden llevar a prácticas defensivas que priorizan el cumplimiento normativo sobre el bienestar del paciente, creando un entorno donde la empatía y el juicio clínico son subordinados a la protección legal^[85].

4.3.2 FINES DE LA MEDICINA Y ENFERMERÍA EN GENERAL

A lo largo de la historia, la medicina y la enfermería han estado profundamente arraigadas en principios de beneficencia, ejemplificados en el Juramento Hipocrático y las enseñanzas de Florence Nightingale. Sin embargo, en las últimas décadas, el progreso de la ciencia médica, la biotecnología y el aumento de las necesidades humanas han provocado un cambio radical en cómo se entienden estos campos.

Enrique Arriola señala que *"el progreso de la ciencia médica y la biotecnología, junto con el aumento de las necesidades y deseos humanos y la escasez de recursos, han llevado*

a una reevaluación de cómo entendemos la medicina en sus justos términos"^{32[86]}. Esta perspectiva se complementa con la observación del Dr. Antonio Turnes³³, quien afirma que la medicina contemporánea es más científica, ética, jurídica, económica, organizada y controlada que hace 50 años. Turnes subraya que, aunque la medicina ha avanzado en muchos aspectos técnicos y de gestión, ha perdido en humanidad y empatía. Es más preocupada por la evidencia demostrativa que por la observacional, más respetuosa pero menos comprometida y afectuosa, más jurídica pero más temerosa, y más organizada pero menos creativa^[87-89].

Hace aproximadamente una década, el prestigioso centro de investigación en bioética, "The Hastings Center en Nueva York"^[90], realizó un estudio multicéntrico para redefinir los fines de la medicina a nivel global, teniendo en cuenta diferentes perspectivas culturales y sociales. Este estudio intentó desmitificar la medicina para que su práctica representara un verdadero progreso para la humanidad, estableciendo fines claros y justificando su necesidad^[86].

Recientes declaraciones y planes estratégicos, como el "AHA's 2022–2024 Strategic Plan"^[88], subrayan la importancia de proporcionar un mejor cuidado y valor, garantizar la estabilidad financiera de los sistemas de salud, mejorar la experiencia del consumidor de salud y abordar los desafíos de la fuerza laboral. Estos planes destacan cómo los modelos de atención basados en el valor, la adopción de la medicina de precisión y la inteligencia artificial pueden transformar la atención de enfermedades crónicas y complejas, así como los cuidados al final de la vida.

La "Declaración de Milán 2022", aprobada durante el simposio "Medicina de Sistemas"^[91], propone un nuevo paradigma para la medicina que integra modelos de práctica clínica y nuevas soluciones terapéuticas, reflejando los escenarios sociales y de salud actuales y futuros que exigen una redefinición de los objetivos de la medicina.

El programa "Healthy People 2030" un programa del U.S. Department of Health and Human Services^[92] establece objetivos nacionales basados en datos para mejorar la salud y el bienestar durante la próxima década, incluyendo medidas para abordar las disparidades de salud y mejorar la alfabetización en salud.

³² Enrique Arriola Manchola: Geriatra. Matia Fundazioa. Miembro de la Comisión Deontológico.

³³ Dr. Antonio Turnes. Autor y coautor de catorce libros sobre temas de Historia de la Medicina. Coordina el curso de humanidades médicas: pensar en lo que hacemos(87).

En España, estos temas también resuenan fuertemente. La medicina española ha experimentado cambios similares, con un enfoque cada vez mayor en la eficiencia y la tecnología, pero enfrentándose a críticas por la pérdida de un enfoque humanístico. El sistema sanitario español ha sido elogiado por su cobertura y acceso universal, pero también se enfrenta a desafíos significativos, como la burocratización y la presión sobre los profesionales sanitarios, que pueden llevar a la deshumanización de la atención.

El sistema de salud en España ha implementado programas y políticas que buscan equilibrar estos avances tecnológicos con la humanización de la atención médica. Iniciativas como el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid buscan asegurar que los pacientes sean tratados con dignidad y respeto, promoviendo una atención centrada en la persona y no solo en la enfermedad^[93].

4.3.2.1 La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.

La prevención de enfermedades y lesiones, así como la promoción y conservación de la salud, constituyen uno de los principales deberes de los médicos, enfermeros y demás profesionales sanitarios. Este enfoque preventivo es esencial no solo para mejorar la calidad de vida, sino también para reducir los costos asociados con el tratamiento de enfermedades que podrían haberse evitado. Un viejo refrán dice: "prevenir vale más que lamentar o que curar." La prevención es más económica, ya que se gasta mucho menos en prevenir que en curar enfermedades desencadenadas por la falta de prevención. El Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2020-2025 enfatiza la importancia de educar a la población sobre prácticas de salud preventivas, subrayando que una población bien informada y proactiva en su salud puede reducir la carga sobre el sistema sanitario⁽⁹³⁾.

4.3.2.2 El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.

El dolor y el sufrimiento son dos aspectos fundamentales que los profesionales sanitarios deben abordar. El dolor se refiere a una aflicción física aguda, que puede manifestarse de muchas formas, tales como dolor agudo, punzante o lacerante. El sufrimiento, por otro lado, es un estado de preocupación o agobio psicológico caracterizado por sensaciones de miedo, angustia o ansiedad.

Aunque dolor y sufrimiento a menudo se superponen, no siempre van de la mano. El sufrimiento puede existir sin dolor físico, manifestándose como un agobio psicológico.

Aliviar tanto el dolor como el sufrimiento es uno de los deberes más antiguos y tradicionales de los profesionales sanitarios. Sin embargo, un defecto de la medicina actual es la pobre comprensión del temor a la mala salud, a la enfermedad y a su padecimiento, que puede provocar tanto sufrimiento como la existencia real de la enfermedad.

Un enfoque holístico y completo de la salud contribuirá a establecer bases sólidas para la atención de un alto porcentaje de pacientes que necesitan ayuda médica, pero que no manifiestan síntomas clínicos evidentes de una enfermedad. Estudios recientes han demostrado que un gran número de pacientes acude a consultas médicas debido a problemas que afectan su vida sentimental y afectiva, conflictos que no se pueden ubicar en algún órgano o sistema específico, pero que no están exentos de la tarea del profesional sanitario.

Nos enfrentamos a la pregunta: ¿hasta dónde puede llegar hoy en día la medicina en el alivio del sufrimiento? La respuesta radica en un enfoque integral que aborde tanto los aspectos físicos como los psicológicos de la salud.

4.3.2.3 La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.

En la búsqueda de atención médica, los pacientes no buscan únicamente la cura de sus enfermedades, sino también la ayuda, comprensión y atención de los profesionales sanitarios. Los pacientes presentan sus malestares y lesiones no solo como casos clínicos, sino como personas que buscan alivio. Así, el buen profesional debe estar preparado para captar la situación y ayudar a quien le demanda cuidados.

En la actualidad, puede parecer que hemos perdido algunos de los aspectos básicos de la medicina. La medicina moderna, en su entusiasmo por la cura de enfermedades, a menudo se desvincula de su función humanitaria. Los cuidados médicos comprenden la capacidad de hablar y escuchar. Hablar implica explicarse en un lenguaje llano, comprensible para el paciente, teniendo en cuenta su nivel cultural y posibles dificultades con el lenguaje. A menudo, los profesionales sanitarios utilizan términos técnicos que son inaccesibles para el paciente, dejando a este sin una comprensión clara de su estado de salud al salir de la consulta.

La capacidad de hablar y escuchar es fundamental para ayudar al paciente y a su familia. A veces, la ayuda no solo consiste en aliviar el mal físico, sino también en ofrecer vías para canalizar los problemas emocionales y psicológicos que enfrentan. Esta dimensión

de la atención médica a menudo es omitida y olvidada.

Un buen profesional sanitario debe poseer excelencia técnica, que involucra no solo conocimiento científico, sino también la capacidad de escuchar y ayudar al prójimo. La función sanadora de la medicina abarca tanto la curación como los cuidados, porque en su sentido más amplio, la medicina puede sanar incluso en aquellos casos en los que no puede curar. Por ejemplo, los enfermos crónicos deben recibir ayuda para comprender su dolencia personal, aprender a afrontarla y vivir con ella. Esto es válido para pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, VIH, y otras enfermedades crónicas de larga evolución. De igual manera, se aplica a niños y adultos discapacitados.

La función docente del profesional sanitario es crucial en el contacto con estos pacientes, explicándoles que deben aprender a convivir con su enfermedad y vivir con ella de manera plena. El éxito de la medicina puede situarse en la salvación de vidas, tanto de recién nacidos como de personas mayores, pero esto ha llevado a un aumento de la tasa de morbilidad, haciendo que las personas aspiren a una medicina más humanitaria y no solo curativa.

Un enfoque holístico es esencial para atender a los pacientes que presentan malestares sin síntomas clínicos evidentes de enfermedad. Esto incluye el reconocimiento y tratamiento de problemas de salud mental, que a menudo son ignorados en comparación con las enfermedades físicas. Un estudio reciente en el "Lancet Psychiatry"^[94] destaca la necesidad de una mayor inversión en salud mental para reducir la disparidad en la atención sanitaria entre pacientes con enfermedades físicas y mentales.

4.3.2.4 La evitación de la muerte prematura y la busca de una muerte tranquila

En la enseñanza clínica, a menudo no se aborda adecuadamente la preparación para asistir a un paciente en el trance de la muerte. Los estudiantes y profesionales sanitarios finalizan su formación sin estar completamente capacitados para manejar estas situaciones, lo que evidencia una falla en el sistema educativo sanitario, el cual no es equitativo en este aspecto.

La lucha contra la muerte constituye un fin esencial de la medicina, pero siempre debe estar en equilibrio con el deber de aceptar la muerte como el destino inevitable de todos los seres humanos. Todos somos mortales y, aunque no debemos apresurar el fin de la vida, es crucial saber cómo situarse adecuadamente y ayudar de la mejor manera posible cuando la muerte es inminente e irreversible.

En cuanto a la asignación de recursos y fondos destinados a la investigación, se da prioridad al estudio de enfermedades letales y a la prolongación de la vida, a menudo más allá de lo que es beneficioso para el ser humano. Esto puede llevar a una lamentable desatención de la asistencia humanitaria a los moribundos. Con frecuencia, se pone más énfasis en descubrir tratamientos que prolonguen la vida por unos meses, en lugar de centrarse en proporcionar una asistencia humanitaria y de calidad a quienes ya están en el trance de morir^[95].

La evitación de la muerte prematura es un objetivo fundamental de la medicina. Un ejemplo de esto es el uso de desfibriladores en grandes espacios públicos para responder rápidamente a paros cardíacos, situaciones que pueden ser reversibles si se actúa con prontitud. Ayudar a los jóvenes a llegar a la vejez y, una vez logrado esto, asistir a los ancianos para que vivan sus vidas de manera cómoda y adecuada, es parte de evitar la muerte prematura.

La medicina debe considerar como una prioridad la creación de circunstancias clínicas que favorezcan una muerte tranquila, donde el dolor y el sufrimiento se reduzcan mediante cuidados paliativos adecuados. Es fundamental que el paciente no sea abandonado ni descuidado, sino que reciba todos los cuidados necesarios hasta el fin de su vida. Una idea errónea es considerar la muerte como un accidente biológico evitable o como un fracaso médico. En la práctica, la retirada de tratamientos de soporte vital en pacientes terminales requiere decisiones complejas, que a veces se toman de forma individual cuando el profesional sanitario está trabajando en aislamiento. La medicina moderna ha convertido la muerte en un problema aún más complejo, y todas las sociedades tendrán que establecer patrones morales y médicos para la retirada de tratamientos de soporte vital en enfermos terminales^[85].

El verdadero enemigo es la muerte que llega en el momento equivocado: demasiado pronto en la vida, por razones equivocadas, o de una manera que puede ser evitada o tratada médicamente a un costo razonable. La muerte que llega de forma errónea, cuando se prolonga innecesariamente o se sufre sin necesidad, es la que verdaderamente constituye un enemigo. Un ejemplo ilustrativo es "La Muerte de Iván Ilich" de Tolstói, que muestra cómo una persona padece el final de su vida y cómo lo ven los que lo rodean, sus compañeros de trabajo y su familia. Esta obra refleja la soledad y el sufrimiento del moribundo y la negación de la muerte por parte de los demás^[96].

4.3.3 FACTORES QUE DESHUMANIZAN LA ONCOLOGÍA EN PARTICULAR

La oncología en adultos es, sin duda, una de las especialidades médicas más complejas. Requiere de conocimientos científicos profundos junto con un trato humano en la asistencia sanitaria. Es fundamental reconocer y combatir los distintos factores que deshumanizan este ámbito de la medicina. A continuación, se abordarán cómo la agresividad terapéutica y la medicina personalizada pueden ser desencadenantes de esta deshumanización, y se propondrá un modelo diferente para la medicina en el ámbito de la oncología en adultos.

4.3.3.1 Agresividad terapéutica.

El Dr. F. J. Barón Duarte²³, un oncólogo que ha visto la evolución de su campo, comenta: "Algunas de mis pacientes mayores me dicen: sé que soy mayor y estoy al final de la vida, pero no quiero irme antes de tiempo. Quiero morir de muerte natural. Las dos cosas te las dicen y te sitúan muy bien en las teorías de los extremos de acción"^[3,97]. Esto refleja la tensión entre la intervención agresiva y el respeto por el curso natural de la vida.

Los criterios de agresividad terapéutica han sido una referencia en la atención de pacientes con cáncer avanzado desde hace más de una década. Sin embargo, hoy en día, no todos los Servicios de Oncología han generalizado su evaluación. Un estudio realizado por Barón Duarte²³, Rodríguez Calvo³⁴ y Amor Pan³⁵ en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela analizó la agresividad terapéutica en 1001 pacientes fallecidos con cáncer avanzado entre 2010 y 2013^[98]. Los resultados demostraron una alta presencia de agresividad terapéutica, indicando que este es un problema generalizado en las unidades de oncología en adultos.

Desde la perspectiva de nuestra sociedad actual, es común que profesionales y alumnos del ámbito sanitario, pacientes oncológicos y sus seres queridos perciban una agresividad terapéutica en la oncología de adultos. "Hay pacientes que mueren 'mal', mueren en el ámbito hospitalario con poco respeto a su dignidad, reciben tratamientos agresivos en fases avanzadas de su enfermedad, sin o con poca información y sin o con poca participación en el plan de tratamiento de su enfermedad y, en algunos casos, mueren

³⁴ María Sol Rodríguez Calvo: Doctora por la Universidad de Santiago de Compostela. Área: Medicina Legal.

³⁵ José Ramón Amor Pan: Doctor en Teología Moral, diplomado en Derecho y máster en Cooperación al Desarrollo.

solos”^[98].

La Organización Médica Colegial subraya la diferencia entre una buena práctica médica y la obstinación terapéutica. Una buena práctica médica se basa en promover la dignidad y la calidad de vida del paciente, mientras que la obstinación terapéutica implica la aplicación de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias con el objetivo de prolongar innecesariamente la vida^[99]. Según la SECPAL³⁶, la obstinación terapéutica es la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo. Esto constituye una mala práctica médica y una falta deontológica. Las causas pueden ser múltiples: dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación por parte de los profesionales sanitarios o la demanda del enfermo o la familia.

Otro problema es el abandono terapéutico, definido por la SECPAL como la falta de atención adecuada a las necesidades del enfermo y su familia. Esto puede deberse a la falsa idea de que “ya no hay nada que hacer”³⁷, formación insuficiente en cuidados paliativos, miedo o sensación de fracaso profesional. Ejemplos de abandono incluyen no ofrecer una buena atención sanitaria, no atender los síntomas del paciente, no utilizar los tratamientos necesarios o no informar adecuadamente^[100].

En relación a la oncología en adultos, la mala praxis médica, ya sea por obstinación o abandono, constituye una grave vulneración del Código de Deontología Médica y enfermera. Entre estos dos extremos, encontramos la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), que consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica en pacientes con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida³⁸ ^[101,102]. Por tanto, es fundamental realizar una Planificación Anticipada de los Cuidados, definida por la SECPAL como la expresión del proceso de toma de decisiones anticipadas de un paciente informado y ayudado por el equipo asistencial, acerca de la atención que desea recibir en posibles escenarios clínicos futuros^[103].

La oncología en adultos está cada vez más especializada, lo que puede llevar a una

³⁶ SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

³⁷ Dr. Álvaro Gándara del Castillo: Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Fundación Jiménez Díaz.

³⁸ Grupo de trabajo de Bioética, Sociedad Española de Medicina Interna.

fragmentación del cuidado del paciente, olvidando que este es una persona y no un puzle. A pesar de contar con una gran variedad de tratamientos específicos, a menudo se descuida el tratamiento no farmacológico, siendo la comunicación una asignatura pendiente en las Unidades de Oncología en adultos. En conclusión, para reducir la agresividad terapéutica en la oncología, es crucial aplicar principios éticos claros: beneficencia, prevención, precaución y no maleficencia. Además, una actitud proactiva y un enfoque integral que combine investigación, cuidados y atención clínica pueden mejorar significativamente la atención en este ámbito^[93,101,104].

4.3.3.2 Medicina Personalizada o Medicina Molecular.

En la oncología de adultos, el término "medicina personalizada" ha ganado popularidad, sugiriendo que, en el pasado, la medicina no se ajustaba de manera individual a cada paciente. Sin embargo, es esencial definir con precisión este concepto.

Según el Instituto Nacional del Cáncer en EE. UU y la Sociedad Europea de Oncología Médica, la medicina personalizada es "un tipo de medicina que usa la información de los genes, proteínas y ambiente de una persona para prevenir, diagnosticar y tratar la enfermedad. En el caso del cáncer, usa la información específica acerca del tumor de una persona para facilitar el diagnóstico, planificar el tratamiento y determinar si el tratamiento es eficaz, o para dar un pronóstico"^[105-108]. Esto incluye el uso de terapias dirigidas para tratar tipos específicos de células cancerosas, como las células de cáncer de mama positivas al HER2(un tipo de marcador tumoral), o el uso de pruebas de marcadores tumorales para ayudar en el diagnóstico de cáncer.

La Dra. Efe Martine Piccart, presidenta de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), complementa esta definición al señalar: "La oncología personalizada solo sucederá si comprendemos qué está operando en el tumor del paciente, las secuencias claves que están impulsando el crecimiento del tumor en ese paciente particular".

En resumen, la denominada "medicina personalizada" debería llamarse más adecuadamente "medicina molecular", ya que su objetivo es tratar la enfermedad según la genética de cada individuo. Esta medicina se enfoca en individualizar el abordaje terapéutico conociendo el perfil molecular y genético de un tumor específico, extrayendo información que permita determinar cuáles son las terapias más efectivas y menos dañinas para cada paciente. Aunque los avances de la medicina molecular son impresionantes, también presentan desafíos significativos. Los tratamientos son extremadamente costosos y pueden discriminar a los pacientes en función de su perfil

biológico y de las dianas terapéuticas disponibles. Esto plantea una pregunta crítica: ¿Qué sucede con los pacientes cuyo perfil no corresponde a ninguna diana terapéutica? ¿Deben ser excluidos de los tratamientos avanzados?

Esta forma de entender la medicina trata de forma personalizada la intimidad del tumor, pero no necesariamente la de la persona. Por ello, es crucial abordar un concepto que puede mejorar la atención sanitaria en oncología de adultos: la medicina centrada en la persona.

La medicina personalizada ha sido objeto de numerosos estudios recientes que subrayan tanto sus beneficios como sus limitaciones. Por ejemplo, estudios publicados en 2023 destacan que, aunque la medicina personalizada ha avanzado significativamente en el tratamiento de ciertos tipos de cáncer, su aplicación práctica a menudo está limitada por el alto costo y la falta de acceso a tecnologías avanzadas en muchas regiones. Además, un artículo en *The Lancet Oncology de 2023* resalta la necesidad de una integración más amplia de datos genómicos con información clínica para mejorar los resultados del tratamiento^[109-111].

4.3.3.3 Medicina Centrada en la Persona

En los últimos años, el modelo biomédico tradicional centrado en la enfermedad, que prioriza la tecnología en la práctica médica, ha sido cuestionado. En su lugar, se propone un nuevo enfoque más integral, sistémico y holístico, que no desgaste el aspecto humano de la profesión médica y enfermera. Este modelo se centra en la persona como un ser biopsicosocial, teniendo en cuenta todos los aspectos que esto implica. Eric Cassel define a una persona como un individuo humano corpóreo, determinado, pensante, sensible, emocional, reflexivo y relacional, cuyas acciones se basan en significados. Una persona vive en un contexto de relaciones con los demás y consigo misma, y estas relaciones nunca desaparecen. Cada persona tiene un pasado, un futuro, la capacidad de amar, una vida espiritual y trascendental, además de vidas privada, pública y, a veces, secreta. Todas las personas, en algún momento, enferman^[58,59].

Cassel explica que el concepto de persona enferma es más amplio que simplemente alguien que sufre una enfermedad. Existen tres entidades que describen qué le ocurre al paciente: la enfermedad como dolencia, la enfermedad como padecimiento y la enfermedad como afección. El ser humano enfermo es, ante todo, una persona que quiere sanar, tiene miedo al dolor y a estar solo. Necesita a su familia y a un equipo

multidisciplinar de profesionales sanitarios que lo acompañen en su proceso. No necesita que le oculten información; como diría Blanca López Ibor³⁹, "no necesita que le entierren"^[112].

La medicina centrada en la persona, según Fernando Caballero^{40[113,114]}, consiste en "no ver a los pacientes como portadores de una enfermedad sino como personas con un nombre y apellido, una historia y una familia". Esto implica considerar al individuo en su globalidad y sus estilos de vida.

La medicina centrada en la persona se enfoca en atender de manera individualizada a cada enfermo desde un enfoque holístico, analizando al ser humano desde sus dimensiones biopsicosociales sin fragmentarlo. Mezzich JE^{41[115-117]} resume sus características esenciales en:

- Compromiso ético.
- Marco holístico.
- Sensibilidad y respuesta cultural.
- Foco comunicativo y relacional.
- Individualización del programa de atención clínica.
- Establecimiento de una base común entre clínicos, paciente y familia.
- Organización de servicios integrados y centrados en las personas y la comunidad.
- Educación médica e investigación científica en salud centradas en la persona.

El ser humano tiene dimensiones psicológica, biológica, social, laboral y espiritual, todas relevantes en diferentes momentos de la vida. La enfermedad puede complicar cualquiera de estas esferas, por lo que ser médico o enfermera exige ser competentes y humanamente excelentes. Esto implica tener habilidades científico-técnicas y relacionales-humanísticas, como la escucha activa, la empatía, la compasión, y la capacidad de tomar en consideración las expectativas del paciente y ayudar en la toma de decisiones compartidas.

³⁹ Dra. Blanca López Ibor. Especialista en Hematología y Oncología Pediátrica por la Universidad de Maryland (Estados Unidos)

⁴⁰ Fernando Caballero Martínez: Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud.

⁴¹ Juan E. Mezzich fue presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Actualmente trabaja como profesor de psiquiatría y director de la División de Epidemiología Psiquiátrica y del Centro Internacional de Salud Mental de la Escuela de Medicina en Nueva York.

Galeno de Pérgamo⁴² dijo: "Cura mejor quien tiene la confianza de la gente"^[118,119]. En esta frase se refleja la esencia de la medicina centrada en la persona, donde la confianza y la relación médico-paciente son fundamentales. Fulford KWM destaca la importancia de este enfoque para nuestros países, sosteniendo que una atención de salud de mayor calidad científica y humana respeta la autonomía, los valores y la dignidad del paciente como imperativo ético.

Propongo que la oncología en adultos contemple a la persona singular y concreta como central. Esto significa apoyar la humanización holística para llevar a cabo la práctica de la rehumanización, basada en una filosofía personalista que priorice a la persona y utilice los avances científicos y técnicos de manera rehumanizadora.

4.3.4 FINES DE LA MEDICINA Y ENFERMERÍA DE LA ONCOLOGÍA EN PARTICULAR.

La oncología en el siglo XXI ha recogido los logros del siglo XX, aumentando la supervivencia y disminuyendo la mortalidad, pero debemos preguntarnos si además de esto, ¿ha disminuido el sufrimiento? Hace una década, autoridades en el mundo de la psicooncología afirmaban que es posible crear una red de hospitales sin dolor, pero difícil concebir uno sin sufrimiento. ¿Ha cambiado esto en los últimos años? ¿Logramos que en los hospitales se sufra menos? Y, por otro lado, ¿quiénes sufren en los hospitales?

Todos los que estamos en los hospitales sufrimos, especialmente los pacientes y sus familiares. Los profesionales de la salud también experimentan un sentimiento de culpa por no estar al día con todos los avances espectaculares en su campo. Por ello, es fundamental que los profesionales sanitarios tengan una competencia técnica bien formada, sin dejar de lado la importancia de la competencia relacional. La medicina y la enfermería también deben tener competencia emocional. No basta con tener un psicólogo en el equipo; los médicos y enfermeros también deben tener habilidades psicológicas. Debemos ser empáticos y compasivos, y no olvidar la competencia ética, la trascendencia y la espiritualidad, así como la competencia cultural.

En definitiva, vivimos en un entorno cultural donde necesitamos tanto competencias

⁴² Claudio Galeno Nicon de Pérgamo: Fue un médico, cirujano y filósofo griego del Imperio romano, resaltó la importancia de la relación entre médico y paciente.

"duras" (técnicas) como competencias "blandas" (transversales). Complementar las competencias técnicas con las relacionales, espirituales, emocionales, éticas y culturales nos ayudará a evitar la deshumanización de la medicina personalizada.

En relación con los fines de la oncología, el Dr. Francisco Javier Barón Duarte²³ pregunta: "¿Y los enfermos, qué piden, qué quieren o qué esperan?"^[98]

Desde hace una década, los enfermos piden, quieren y esperan una relación sensible y adaptada, información de un profesional cualificado, continuidad asistencial y, en definitiva, una atención integral y continua. Eric Cassell es una referencia en el mundo de la bioética y dice algo fundamental: la medicina clínica es, ante todo, relación. Relación con el paciente, una relación que necesita tiempo. Si los profesionales sanitarios no tienen tiempo para cuidar bien a sus pacientes pero sí para estar con el ordenador, tenemos un problema: hemos dejado de cuidar a nuestros pacientes.

Como bien dice el Dr. Barón, "La medicina como ciencia es la patología, un saber general. La clínica como práctica es el encuentro con el enfermo concreto único e irrepetible. Y la persona enferma como sujeto tiene dimensiones que se resisten a encerrarse en los rigores cuantitativos del método científico"^[120,121]. Arthur Kleinman ya lo intuía al decir que "el primer acto del médico y de los demás cuidadores consiste en afirmar o negar el sentido moral que el paciente aporta al encuentro clínico. Esto implica reconocimiento. Aquí no hay cursos intermedios de acción. O aceptamos o rechazamos que hay un contenido moral en la relación con nuestros enfermos"^[122,123].

Debemos tratar al paciente, no solo al cáncer. Debemos preguntarnos: ¿Quién es el paciente que tengo enfrente? ¿Quién soy yo? ¿Quiénes son mis compañeros? ¿Quién es la familia? ¿Qué es la persona o el ser humano? Para contestar estas preguntas, no es suficiente la biología; necesitamos antropología filosófica, cultural, y conectar con la parte emocional de nuestros pacientes. Así, muchas de las dificultades en la práctica clínica podrían resolverse.

El fin último de la oncología debe ser entender que cada paciente es único y que su evolución clínica rara vez sigue las directrices de los modelos estadísticos. La naturaleza compleja e impredecible del cáncer convierte su tratamiento en un delicado equilibrio entre la ciencia, la experiencia personal, el sentido común, el juicio clínico y el juicio ético del profesional sanitario.

4.4. REHUMANIZANDO LOS AGENTES QUE CONFORMAN LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA MEDICINA EN GENERAL Y DE LA ONCOLOGÍA EN PARTICULAR.

4.4.1 EL PACIENTE

El paciente es el núcleo de la atención sanitaria. Sin embargo, la medicina moderna a menudo se centra más en los datos clínicos que en la persona detrás de esos datos. Esta perspectiva limitada deshumaniza la atención y reduce al paciente a un conjunto de síntomas y marcadores biológicos.

El Dr. Ricardo Abengózar Muela⁴³ señala, hemos caído en la "trampa" de la medicina basada en la evidencia y los datos, construyendo una realidad parcial y científica que utiliza el método científico para entender al paciente solo como un conjunto de síntomas y estadísticas^[76]. Esta visión incompleta de la medicina no considera las dimensiones intangibles e inmedibles de los pacientes, lo que ha llevado a la deshumanización de la medicina en general y de la oncología en particular. Gabriel Marcel⁴⁴ describe claramente esta dicotomía en "Alteración y Oscilación en la Filosofía de los Binomios"^[124,125], explicando que el problema es algo que la inteligencia humana resuelve con datos, mientras que el misterio es una realidad del otro que no puede ser completamente comprendida a través de datos clínicos. El hombre es un misterio, y la medicina basada únicamente en evidencia empírica reduce esta complejidad a datos, despersonalizando al paciente.

El método científico, aunque valioso, ofrece una visión parcial de la realidad, reduciendo al ser humano a un objeto de estudio. Los pacientes son mucho más que sus síntomas; son personas con nombres y apellidos, historias, y dimensiones que van más allá de lo medible. Despersonalizar al paciente lo convierte en un caso clínico más, en lugar de una persona que necesita ser tratada con humanidad. Aproximarse al paciente como un "misterio" implica reconocer la inmensidad de su ser, lo que tiene connotaciones éticas significativas. Esta aproximación requiere asombro y agradecimiento porque el paciente

⁴³ Ricardo Abengózar Muela: Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y especialista en Alergología. Ex-Director Instituto de Bioética Francisco de Vitoria. Profesor de medicina y humanidades médicas. Universidad Francisco de Vitoria.

⁴⁴ Gabriel Marcel fue un dramaturgo y filósofo francés. Sostenía que los individuos tan solo pueden ser comprendidos en las situaciones específicas en que se ven implicados y comprometidos.

confía en nosotros y se pone en nuestras manos. Reconocer al paciente como otro yo, un ser humano con una enfermedad que amenaza su vida y su futuro, nos obliga a tratarlo con respeto y dignidad, rehumanizando la relación profesional sanitario-paciente.

El paciente oncológico en particular, se siente amenazado tanto en su supervivencia física como vital. La supervivencia física incluye preocupaciones sobre la familia y el futuro, mientras que la supervivencia vital se refiere al sentido de su vida personal. Ambas son dimensiones humanas esenciales que deben ser abordadas para evitar la deshumanización en la relación con el paciente.

La medicina basada en la evidencia no contempla el sentido, que es un ente abstracto pero real, como bien explicó el zorro al principito: "lo esencial es invisible a los ojos"^[8]. La reflexión sobre la rehumanización de la oncología nos obliga a reconsiderar estos planos. La supervivencia física es crucial; nuestro cuerpo, que nos da identidad y permite nuestra ubicación en tiempo y espacio, debe ser cuidado. Una amenaza real como un tumor nos sobrecoge, pues podría acabar con nuestra vida física. Pero también debemos plantearnos: ¿Cuál es el sentido de esta situación? ¿Por qué me ha tocado a mí? ¿Cuál es el sentido de mi vida?

Rehumanizar la oncología implica tratar al paciente como un ser humano completo, una unidad de cuerpo y alma que busca el sentido de su existencia. Ignorar estas dimensiones es deshumanizar la atención sanitaria. No se trata de dejar de lado los datos científicos, sino de no quedarnos solo ahí.

Con el objetivo de llevar mis conocimientos a la práctica diaria en la atención asistencial, durante mi labor como enfermera en el servicio de oncología radioterápica, desarrollé un video práctico que explica de manera clara y accesible el proceso de la radioterapia oncológica a los pacientes. En este video, abordaba todas las etapas, desde la simulación y el tratamiento, hasta el seguimiento en las consultas. La radioterapia, por su uso de tecnología avanzada, puede ser un campo desconocido que genera temor en los pacientes.

Con el fin de reducir la ansiedad que suele acompañar este tratamiento, apliqué los principios de humanización que he desarrollado en mi tesis doctoral, buscando acercar este proceso a los pacientes de manera más comprensible y accesible. En esta línea con humildad y dedicación, creé una representación visual de cada etapa del tratamiento que va más allá de las explicaciones verbales, con el propósito de contribuir a un cuidado

más humano. Mi objetivo fue brindar información clara y ofrecer un acompañamiento auténtico y cercano en este camino tan importante para los pacientes. *(Véase apartado ANEXOS 12.1 Descripción vídeo humanizando radioterapia. (Apartado 4.4.3).*

4.4.2 LA FAMILIA

No se puede humanizar la oncología sin cuidar a la familia. En este sentido, debemos plantearnos: ¿qué acciones debemos tomar ante la familia? Aunque el núcleo fundamental sea el paciente, los profesionales sanitarios debemos tratar a la familia como personas, y esta es la clave.

Según Yolanda Lupiáñez⁴⁵, la enfermedad no solo afecta al paciente, sino también a la familia. La reacción de la familia ante el diagnóstico es fundamental para el paciente, pues es su principal refugio. En general, los familiares tienden a comportarse como lo han hecho siempre: si las relaciones fueron buenas, continuarán siéndolo; si fueron malas, empeorarán. Se describen tres tipos de comportamientos de la familia del paciente^[126]:

- **Familiares protectores:** No dejan tomar decisiones al enfermo, lo que facilita la regresión y dependencia de este.
- **Familiares que no han asumido el diagnóstico:** Se comportan como si nada hubiese pasado, generando desconfianza y agresividad en el paciente.
- **Familiares con aversión a la enfermedad:** Reaccionan con tristeza, rabia, depresión y aislamiento del enfermo.

La familia y los amigos crean un "clan" alrededor del paciente que le da estabilidad. El manejo de la situación por parte de todos y la ayuda no solo al paciente, sino también a sus familiares y amigos, provocan una tremenda reducción de la ansiedad y el miedo. Debemos intervenir encauzando mediante la información, la comprensión y, en algunos casos, aportando soluciones necesarias, ayudando y cuidando al cuidador.

Estudios recientes subrayan la importancia de la intervención familiar en el tratamiento oncológico, indicando que el apoyo emocional y logístico a la familia del paciente puede mejorar significativamente los resultados del tratamiento. La familia desempeña un papel

⁴⁵ Yolanda Lupiáñez Pérez: Directora de Unidad de Oncología radioterápica y Radiofísica Hospitalaria. Hospital Virgen de la Victoria. Servicio Andaluz de Salud.

crucial en la gestión del estrés del paciente y en la promoción de su bienestar emocional. La literatura sugiere que los programas de apoyo familiar deben ser una parte integral de la atención oncológica. Estos programas pueden incluir educación sobre la enfermedad, estrategias de afrontamiento y técnicas de comunicación efectiva. La integración de estos programas en la atención estándar puede ayudar a aliviar la carga emocional y psicológica tanto del paciente como de sus familiares ^[127-132].

Integrar a la familia en el proceso de tratamiento oncológico no solo humaniza la atención médica, sino que también mejora significativamente los resultados para el paciente. La oncología centrada en la familia reconoce el impacto profundo que el diagnóstico y tratamiento del cáncer tienen en los seres queridos del paciente. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben ser proactivos en ofrecer apoyo, educación y recursos a las familias, asegurando que no solo el paciente, sino también su red de apoyo, reciban la atención y comprensión necesarias para enfrentar juntos el desafío del cáncer. Al adoptar un enfoque integral y actualizado, la oncología puede avanzar hacia una práctica verdaderamente humanizada y eficaz.

4.4.3 EL PROFESIONAL SANITARIO

El rol del profesional sanitario en la oncología de adultos es crucial, no solo en términos de habilidades técnicas, sino también en la capacidad de ofrecer una atención empática y humanizada. La labor del profesional sanitario va más allá de los tratamientos médicos; incluye el **compromiso ético y la responsabilidad** de cuidar la autonomía, integridad y dignidad de los pacientes. La ética común que compartimos con nuestros pacientes nos impulsa a ser solidarios y responsables. Según Yolanda Zuriarrain Reyna⁴⁶, "nuestra condición humana hace que todos al principio y al fin de la vida seamos vulnerables, precisando de mucha atención y cuidados"^[133-135]. Esta vulnerabilidad compartida nos obliga a adoptar una postura de solidaridad, donde nos hacemos responsables de proteger la dignidad, autonomía e integridad de nuestros pacientes.

La Regla de Oro en la práctica sanitaria, "no hacer a los demás lo que no queremos que nos hagan a nosotros", es un principio fundamental en la práctica sanitaria. Esto implica ir más allá de las técnicas profesionales y asegurar que cada intervención sea

⁴⁶ Yolanda Zuriarrain Reyna: Médico de la Unidad de Cuidados Paliativos (Palliative Care Physician) · Hospital Centro de Cuidados LAGUNA.

realizada con el máximo respeto y cuidado, siempre valorando el riesgo-beneficio de cualquier procedimiento.

El equilibrio entre **competencia técnica y humanización** es esencial. Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta los factores individuales de cada paciente, como sus condiciones de vida, clase social, etnia, edad, género y territorio. Además, deben considerar los factores estructurales de índole socioeconómica y política que pueden afectar la salud del paciente.

Las premisas señaladas por el Código Deontológico de Enfermería⁴⁷, el Código Deontológico de Medicina⁴⁸ y los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS⁴⁹, nos guían para enfrentar las causas sociales de la falta de salud y de las desigualdades sanitarias evitables^[136,137]. Estos principios nos ayudan a identificar colectivos en situación de vulnerabilidad, evaluar factores de riesgo y emprender estrategias participativas y emancipadoras⁵⁰.

Por todo ello, **rehumanizar la oncología** en adultos implica que los profesionales sanitarios tomen conciencia tanto en lo personal como en lo profesional.^[138] Este enfoque no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que también refuerza el compromiso del profesional con una práctica médica más ética y responsable. Como menciona el Dr. F. J. Barón Duarte, debemos caminar "paso a paso, pero siempre caminando, siempre buscando el horizonte y siempre acompañados"^[120]. En definitiva, debemos trabajar acompañados, teniendo en cuenta al paciente, juntos como instrumentos acompañando al artista.

Con el propósito de trasladar esta teoría a la práctica asistencial, entre enero y abril de 2024, se realizó un estudio para evaluar la siguiente hipótesis: ¿Los profesionales sanitarios del área de oncohematología y radioterapia del Hospital 12 de Octubre

⁴⁷ Código Deontológico de Enfermería. Consejo General de Enfermería, por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio.

⁴⁸ Código Deontológico de Medicina. Este Código sirve para confirmar el compromiso de la profesión médica con la sociedad a la que presta su servicio, incluyendo el avance de los conocimientos científico-técnicos y el desarrollo de nuevos derechos y responsabilidades de médicos y pacientes. Las pautas contenidas en él, deben distinguirse de las imposiciones descritas en las leyes.

⁴⁹ Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

⁵⁰ Estrategias que ayuden a que los profesionales sanitarios identifiquen la situación de deshumanización en el ámbito de la oncología en adultos para así Rehumanizarla.

disponen de herramientas de autogestión psicoemocional y social que influyen en la humanización de su práctica clínica diaria?

Este estudio descriptivo incluyó una muestra de 152 profesionales sanitarios de dichas áreas y evaluó niveles de humanización, calidad de vida profesional, resiliencia, habilidades comunicativas y el uso del silencio en la práctica clínica. Se emplearon escalas validadas como HUMAS, PROQOL, EHC-PS y CD-RISC10 para medir la humanización, la satisfacción derivada de la compasión, la angustia moral, la resiliencia y otros factores relevantes.

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando técnicas estadísticas descriptivas y correlacionales concluyendo tras esta primera fase del estudio con resultados que revelaron niveles bajos de humanización. Además, se observaron niveles moderados de fatiga por compasión, contrarrestados por altos niveles de apoyo percibido y satisfacción laboral. A su vez, la resiliencia y el optimismo se destacaron como factores clave para el bienestar emocional de los profesionales^[139].

En definitiva, la rehumanización del profesional sanitario en la oncología es fundamental para ofrecer una atención completa y ética. Integrar principios de ética, solidaridad y responsabilidad en la práctica diaria permite no solo mejorar la calidad de vida del paciente, sino también enriquecer la práctica médica con un enfoque más humanizado y compasivo.

4.4.4 LA ORGANIZACIÓN SANITARIA

La organización sanitaria contemporánea es una entidad compleja que enfrenta desafíos significativos, especialmente en el contexto de la oncología. La sostenibilidad del sistema sanitario está constantemente amenazada, en gran parte debido a los costos elevados asociados con los tratamientos oncológicos. A pesar de los avances en la reducción de la mortalidad del cáncer, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) predice que el cáncer se convertirá en la principal causa de muerte en los países desarrollado^[140].

Uno de los problemas más urgentes en la organización sanitaria es la **sostenibilidad financiera**, particularmente en relación con los costos farmacéuticos en oncología. Los medicamentos oncológicos son cada vez más caros, lo que plantea un desafío significativo para los sistemas de salud^[141,142]. Este problema no solo afecta a España, sino que es una preocupación global. La necesidad de equilibrar el acceso a tratamientos

innovadores con la sostenibilidad financiera del sistema sanitario es un tema de debate constante.

La creación de una organización sanitaria eficaz y eficiente requiere un **consenso** básico sobre varios temas fundamentales. Este consenso no se logra de manera unilateral; requiere un **proceso deliberativo** en el que participen todos los actores involucrados: profesionales sanitarios, pacientes, familiares, gestores y políticos. Este diálogo debe basarse en la búsqueda de la verdad, entendiendo que ningún individuo o grupo posee una verdad absoluta. El objetivo es caminar juntos hacia soluciones que protejan los aspectos humanos y mejoren la organización sanitaria^[103,143-145].

La implementación de **principios éticos en la gestión sanitaria** es crucial. Los modelos de gestión deben incluir consideraciones sobre la equidad, la justicia y la accesibilidad. La Organización Mundial de la Salud(OMS)^[146-148] enfatiza la importancia de los determinantes sociales de la salud y la necesidad de abordar las desigualdades sanitarias evitables. Esto implica adoptar enfoques que no solo se centren en la eficiencia económica, sino también en la justicia social y la dignidad humana.

Para enfrentar los desafíos actuales, la **innovación en la gestión sanitaria** es esencial. Esto incluye la adopción de tecnologías emergentes, la mejora de los procesos administrativos y la formación continua de los profesionales sanitarios. Sin embargo, estas innovaciones deben ser evaluadas críticamente para asegurar que contribuyan a una atención más humanizada y centrada en el paciente. La integración de terapias complementarias, como la musicoterapia y la arteterapia, puede ser un ejemplo de cómo la innovación puede mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos^[149-152].

Rehumanizar la organización sanitaria en el ámbito de la oncología implica adoptar una visión holística que considere tanto los aspectos técnicos como los humanos. La sostenibilidad del sistema, la justicia en la distribución de recursos y la implementación de principios éticos en la gestión son fundamentales. La colaboración y el consenso entre todos los actores involucrados son esenciales para construir un sistema sanitario que sea eficaz, eficiente y verdaderamente humano.

5. PROCESO DIAGNOSTICO ONCOLÓGICO EN EL PACIENTE ADULTO CON CÁNCER

5.1 APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

El término "cáncer" abarca un amplio espectro de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado de células anormales. Cada tipo de cáncer tiene su propia historia natural, variando en frecuencia, gravedad y pronóstico. En los últimos 20 años, el número de tumores diagnosticados ha aumentado constantemente en España debido al crecimiento poblacional, las técnicas de detección precoz y el aumento de la esperanza de vida, ya que el riesgo de desarrollar tumores aumenta con la edad^[2,153]. La manifestación clínica del cáncer depende del lugar del tumor primario, su velocidad de desarrollo y su diseminación. Los signos y síntomas pueden incluir pérdida de peso, caquexia, astenia, fiebre, dolor, cambios en la piel, alteraciones en los hábitos de evacuación, entre otros^[154].

Actualmente, en España, los tipos de cáncer más frecuentes en adultos incluyen el cáncer de mama, próstata, pulmón y colorrectal. Según el informe Las cifras del cáncer en España 2025 (SEOM y REDECAN), se estima que en 2025 se diagnosticarán 296.103 nuevos casos de cáncer, un 3,3% más que en 2024 (286.664 casos). Los tumores más frecuentes siguen siendo el cáncer colorrectal (42.721 casos), mama (35.001), pulmón (31.282) y próstata (29.002)^[155].

El aumento de la incidencia se debe al envejecimiento poblacional y factores de riesgo como el tabaco, alcohol, obesidad y sedentarismo. Sin embargo, los avances en la Oncología de Precisión, con biomarcadores, terapias dirigidas e inmunoterapia, han mejorado la supervivencia y la personalización de los tratamientos, optimizando el manejo clínico y la calidad de vida de los pacientes.

Estos datos reflejan un aumento en la prevalencia debido al envejecimiento de la población y a mejoras en las técnicas de detección temprana. Aunque la mortalidad ha disminuido gracias a los avances en los tratamientos y diagnósticos precoces, la carga de la enfermedad sigue siendo significativa, subrayando la importancia de un diagnóstico preciso y un tratamiento integral.

5.2 PROCESO DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico oncológico implica varias fases: pre-diagnóstica, comunicación del diagnóstico y post-diagnóstica. La fase pre-diagnóstica incluye la identificación de síntomas y la realización de pruebas diagnósticas. La fase de comunicación del diagnóstico es crucial para establecer una relación de confianza entre el médico y el paciente. La fase post-diagnóstica abarca el manejo del tratamiento y el seguimiento del paciente, abordando no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales y espirituales^[156-158].

En el Hospital Universitario 12 de Octubre⁵¹, donde desempeñé mi práctica asistencial como enfermera y realicé esta tesis, el proceso diagnóstico en oncología se aborda con un enfoque multidisciplinar. Este equipo, compuesto por médicos oncólogos e internistas en coordinación con médicos de otras especialidades, enfermeras especializadas, auxiliares de enfermería, psicólogos, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud, trabaja en sinergia para garantizar una continuidad asistencial integral. Este abordaje incluye desde la detección temprana y el diagnóstico preciso hasta la planificación y ejecución del tratamiento, así como el seguimiento de los pacientes. El servicio se destaca no solo por su capacidad para tratar patologías complejas, sino también por la excelencia en la atención personalizada, recibiendo pacientes de toda España^[159].

La importancia de un equipo multidisciplinar en el proceso diagnóstico de pacientes oncológicos es crucial. La colaboración entre oncólogos, enfermeros, especialistas en cuidados paliativos y otros profesionales asegura una visión holística del paciente. Este enfoque no solo abarca el tratamiento físico del cáncer, sino también aspectos psicológicos y sociales, esenciales para una recuperación integral. Esta integración de diversas especialidades facilita un diagnóstico más preciso, un tratamiento más adecuado y un seguimiento continuo; elementos fundamentales en la gestión efectiva del cáncer. La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud refuerza esta metodología, destacando la necesidad de una coordinación interprofesional para mejorar los resultados en la atención oncológica.

⁵¹ Hospital Universitario 12 de Octubre: complejo hospitalario gestionado por el Servicio Madrileño de Salud.

5.3 PROCESO TERAPEÚTICO

El proceso de enfermedad en el paciente oncológico va más allá de la sintomatología física, involucrando un fuerte impacto emocional y psicológico. Las complicaciones pueden incluir mal control de síntomas, efectos secundarios del tratamiento quimioterápico, y problemas derivados del tratamiento. Si nos centramos en la Unidad de Hospitalización de Oncología Médica del Hospital 12 de Octubre, las causas principales de ingreso son el mal control de síntomas, la administración de tratamiento quimioterápico, la resolución de complicaciones del tratamiento, el diagnóstico reciente, el abordaje conjunto con la unidad de cuidados paliativos y la claudicación familiar^[159].

Una intervención interdisciplinar de calidad no solo deberá reducir la sintomatología orgánica, sino que además deberá replantear un abordaje del problema desde una perspectiva integral e integradora, que ponga en juego diferentes disciplinas profesionales de forma que puedan contemplarse los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales de cada paciente ayudando así en su proceso de enfermedad^[160-163].

El proceso terapéutico en pacientes oncológicos es una experiencia compleja y multifacética que requiere una atención meticulosa a los aspectos clínicos, emocionales y psicosociales del paciente. Como hemos recalcado anteriormente, las complicaciones que surgen durante este proceso pueden ser variadas, desde efectos secundarios físicos hasta desafíos emocionales y psicológicos. En este contexto, la evaluación clínica del paciente es crucial para una planificación y toma de decisiones adecuadas. Escalas clínicas de valoración como el Índice de Karnofsky (KPS), la escala de rendimiento del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), la Escala de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30) y la Palliative Performance Scale (PPS) juegan un papel fundamental en este proceso^[62,164-168].

Entre otras, estas herramientas de evaluación permiten:

- **Monitorear el progreso:** Las escalas ayudan a evaluar el impacto de los tratamientos en el paciente, permitiendo ajustes necesarios para optimizar los resultados. Por ejemplo, la KPS y la ECOG miden el estado funcional y la capacidad del paciente para realizar actividades diarias, lo cual es esencial para determinar la idoneidad de ciertos tratamientos.

- **Tomar decisiones terapéuticas:** Las escalas como la PPS son vitales para decidir si un paciente está en condiciones de tolerar tratamientos agresivos o si es más adecuado optar por cuidados paliativos. Esto es particularmente relevante en pacientes con un estado funcional deteriorado, donde el objetivo del tratamiento puede cambiar hacia la mejora de la calidad de vida en lugar de la prolongación de la misma.
- **Personalizar la atención:** Un enfoque personalizado es crucial para la atención oncológica. Las evaluaciones clínicas detalladas permiten adaptar el plan de tratamiento a las necesidades específicas del paciente, asegurando que se aborden no solo los síntomas físicos, sino también los aspectos emocionales y psicológicos.
- **Mejorar la comunicación:** Las escalas clínicas facilitan una comunicación más efectiva entre el equipo de salud, el paciente y su familia. Al proporcionar una visión clara y objetiva del estado del paciente, se pueden establecer expectativas realistas y metas terapéuticas, lo que es esencial para el manejo de la enfermedad y la preparación para posibles complicaciones.

El papel del profesional sanitario en el ámbito de la oncología es esencial y multifacético, requiriendo una actualización constante en opciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas del cáncer. Este enfoque integral implica un profundo entendimiento de la biología tumoral y la farmacología oncológica, aspectos críticos para manejar las interacciones y toxicidades de los fármacos de manera segura y eficaz. En esta línea, la formación continua es indispensable, no solo para mantener la competencia técnica, sino también para fomentar una cultura de excelencia y debate científico. La participación activa en proyectos de investigación y la apertura a nuevas líneas de investigación innovadoras aseguran que los avances más recientes se integren en la práctica clínica, beneficiando directamente a los pacientes.

A todo ello se suma la sistemática de trabajo en equipo, siendo un pilar fundamental en la atención oncológica. En general, la colaboración entre oncólogos, enfermeros, psicólogos y otros profesionales de la salud garantiza un enfoque multidisciplinario que abarca todos los aspectos de la enfermedad y sus implicaciones. En particular, la enfermería oncológica desempeña un papel clave en la valoración integral del paciente, considerando tanto los aspectos físicos como los emocionales y sociales.

La enfermería no solo es responsable de la administración de tratamientos, sino también de la evaluación continua del estado del paciente, utilizando patrones y escalas clínicas que reflejan sus necesidades globales. Según la "Guía para Enfermería Oncológica"

SEOM y artículos recientes^[169-173], la enfermería oncológica es esencial en la identificación y manejo de síntomas, proporcionando un cuidado que considera las necesidades psicoemocionales y espirituales del paciente. Por ello, la integración de la enfermería oncológica como parte fundamental del equipo multidisciplinario asegura un cuidado completo y continuo, alineado con las necesidades individuales de cada paciente, promoviendo así una atención más humanizada y efectiva. En este contexto, es crucial considerar los **aspectos psicológicos** en el proceso de tratamiento de los pacientes oncológicos.

5.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

Padecer una enfermedad oncológica inicial, avanzada o en su fase terminal y las complicaciones que esta conlleva en el contexto de "situaciones límite", puede desencadenar necesidades psicológicas y espirituales hasta entonces latentes. Cicely Saunders⁵², fundadora de los Cuidados Paliativos; habla del dolor total en la enfermedad compuesto por aspectos somáticos, emocionales, sociales y espirituales^[174-176]. La comprensión de este dolor total es esencial para proporcionar una atención integral y humanizada al paciente oncológico.

El distrés **emocional** inicial, entendido como la conjunción de síntomas ansiosos y depresivos, variará en función de las características psicológicas de la persona, los síntomas, las complicaciones derivadas de la enfermedad o los efectos secundarios de los tratamientos. Generalmente, el conocimiento de lo citado anteriormente genera lo que Holland⁵³ llama "**las 5D**"^[177]:

- **Death:** Miedo a la enfermedad, a los tratamientos y a la muerte.
- **Dependence:** El paciente se suele sentir dependiente de la familia y del entorno médico, debido a los prolongados tratamientos a las hospitalizaciones y a los controles anuales.
- **Disfigurement:** La imagen corporal del paciente puede sufrir transformaciones

⁵² Cicely Saunders: Fue una enfermera, trabajadora social y médica británica. Desarrolló el concepto de dolor total recogiendo la experiencia del trabajo con pacientes terminales, en cuyas historias identifica vivencias de sufrimiento físico, mental, social, emocional y espiritual.

⁵³ Jimmie C. Holland: Jefa de psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center en Nueva York y profesora de psiquiatría en Cornell University. Ha sido una pionera en el estudio de los problemas psicológicos que afectan tanto a pacientes con cáncer como a sus allegados.

como consecuencia de cambios en la imagen y función corporal (por ejemplo: alopecia, hinchazón corporal o adelgazamiento, cicatrices, etc.)

- **Disruption:** Se puede producir una ruptura importante en las relaciones personales, familiares, laborales y sociales.
- **Disability:** El paciente se puede ver incapacitado para alcanzar las metas propias de su momento evolutivo, a nivel personal y/o laboral.

Esta vivencia de las 5D, se extiende durante todo el proceso oncológico y fundamentalmente tras las complicaciones propias de la enfermedad.

Las transformaciones que se producen en el paciente como consecuencia del cáncer, afectan notablemente al paciente, provocando pérdidas corporales significativas que se manifiestan con reacciones de ansiedad, depresión, estrés agudo, disminución en la autoestima y cambios en la sexualidad, requiriendo en muchas ocasiones atención y tratamiento clínico especializado. La ansiedad, en particular, se convierte en un componente crítico en la experiencia del paciente oncológico, influyendo negativamente en su calidad de vida y en la adherencia a los tratamientos^[178-183].

El **Impacto psicológico** provocado por los cambios producidos en la autoimagen del paciente personal y social. Debemos tener muy presente la definición de Estrés agudo. El estrés agudo es un tipo de reacción emocional provocada por una situación personal fuertemente ansiógena en la que aumentan los estímulos que provocan ansiedad quedando comprometidas en muchas ocasiones las posibilidades de supervivencia y/o resolución de complicaciones propias de la enfermedad^[156,162,184-187].

Entendemos por **ajuste psicológico** al estado emocional que permite que una persona continúe realizando una vida adaptada a sus circunstancias sin que los cambios producidos sean una fuente de malestar subjetivo que provoque alteraciones graves en las áreas: psicológica, personal e interpersonal, laboral, social y espiritual.

La manera de adaptarse a las distintas fases de la enfermedad oncológica, así como la forma de afrontarla e interpretar los cambios producidos por esta, condicionarán el proceso individual de autoconocimiento y maduración a través del dolor, que requiere tiempo y necesita elaboración de las pérdidas, cambios y complicaciones propias de la enfermedad viviéndose estas como únicas y personales.

Estas situaciones, provocan reacciones de duelo que se pueden agravar desarrollándose trastornos psiquiátricos que modifican y complican el proceso de adaptación a la

enfermedad. Según criterios del manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos (DSMIV-R)^[188] podemos mencionar:

- Trastornos de adaptación
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos depresivos
- Trastorno por estrés post-trauma.

Aunque aproximadamente hay un 30% de pacientes que desarrollan en algún momento del proceso oncológico algún trastorno psicopatológico, no es lo más común en la población general oncológica. Lo realmente común en los enfermos oncológicos es el sentimiento de crisis existencial y el sentimiento de sinsentido de la enfermedad que suele desencadenar un Dolor Total Transpersonal^[189]. También es frecuente que el paciente traslade su malestar físico al ámbito social, y de manera progresiva busque aislamiento y abandone actividades lúdicas habituales, perdiendo así la capacidad de disfrutar de las cosas, pues la enfermedad lo impregna todo.

El proceso de enfermedad que sufre un paciente oncológico no se limita únicamente a la sintomatología orgánica que padece. La intervención también deberá ir encaminada a la elaboración del proceso de duelo derivado de las pérdidas, cambios y complicaciones propias de la enfermedad que padece la persona, ayudando así a la maduración psicológica y en consecuencia a la aceptación de la situación. Sin olvidar, tal y como anteriormente hemos recalcado, que cada proceso será único, individual y por lo tanto diferente^[190,190-192].

La ansiedad en el paciente oncológico es un factor crítico que afecta tanto el bienestar emocional como físico. La presencia de ansiedad puede intensificar la percepción del dolor, interferir con el sueño y disminuir la calidad de vida. Además, la ansiedad puede afectar negativamente la adherencia a los tratamientos, ya que los pacientes ansiosos son más propensos a evitar o retrasar los procedimientos médicos necesarios.

Para maximizar el impacto positivo en los pacientes oncológicos, es esencial que las evaluaciones clínicas incluyan una valoración del bienestar emocional y psicológico. Tratamientos farmacológicos pueden ser complementados eficazmente con intervenciones no farmacológicas, como la musicoterapia y la arteterapia. Estas terapias complementarias han demostrado ser efectivas para reducir la ansiedad y mejorar la

calidad de vida en pacientes oncológicos^[178,193-196]. La integración de estas terapias en el plan de cuidado del paciente no solo aborda los síntomas físicos, sino también los emocionales, proporcionando un enfoque holístico y centrado en la persona.

5.4.1 LA COMUNICACIÓN EN EL CONTEXTO ONCOLÓGICO: PSICOLOGÍA CENTRADA EN EL PACIENTE.

La comunicación efectiva en el contexto oncológico es uno de los pilares fundamentales para proporcionar una atención integral y de calidad a los pacientes. Debido a la naturaleza compleja y emocionalmente cargada del cáncer, la manera en que los profesionales de la salud comunican el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico puede tener un impacto profundo en el bienestar psicológico del paciente^[197-201]. Este aspecto se hace más relevante, cuando se reconoce que la comunicación no solo es un intercambio de información, sino también una herramienta terapéutica que puede influir significativamente en la experiencia del paciente^[202].

En este contexto, la comunicación centrada en el paciente, fundamentada en los principios de la psicología humanista de Carl Rogers^[203], juega un papel fundamental. Promueve una interacción basada en la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional, permitiendo que los pacientes se sientan comprendidos y respetados en su autonomía. Modelos como el de "**Comunicación Centrada en el Paciente**" (**PCCM**), propuesto por Epstein⁵⁴ y Street⁵⁵, resaltan que una comunicación efectiva en oncología debe ir más allá de la simple transmisión de información^[204-206]. Este modelo se estructura en funciones clave que incluyen no solo el intercambio de información médica, sino también la respuesta adecuada a las emociones del paciente, la gestión de la incertidumbre y la toma de decisiones compartida. Estas estrategias no solo mejoran la adherencia al tratamiento, sino que también fortalecen la alianza terapéutica y reducen el estrés emocional.

Por otro lado, la **entrevista motivacional**, también influenciada por los principios

⁵⁴ Richard M. Epstein (1954): Médico e investigador estadounidense, conocido por su trabajo en la comunicación médico-paciente y la toma de decisiones compartida en el cuidado de la salud. Actualmente, profesor de Medicina Familiar, Psiquiatría y Oncología en la Universidad de Rochester.

⁵⁵ Richard L. Street Jr. (1952): Psicólogo e investigador estadounidense, especializado en la comunicación en el contexto de la atención médica, con un enfoque en cómo la interacción entre médicos y pacientes afecta los resultados en salud. Profesor en la Universidad de Texas A&M.

rogerianos, desarrollada por Miller⁵⁶ y Rollnick^{57[207]}, ofrece un enfoque colaborativo que es especialmente útil en oncología. Este método permite a los pacientes explorar y resolver dudas respecto a su tratamiento, motivándoles a participar activamente en su cuidado. La flexibilidad y adaptabilidad de este enfoque son cruciales en un contexto donde las decisiones terapéuticas pueden ser complejas y difíciles de asumir.

5.4.2 IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO: PROMOVRIENDO CUIDADO INTEGRAL Y BIENESTAR EMOCIONAL.

El momento del diagnóstico es un punto crítico en el viaje del paciente oncológico, y la manera en que se comunica esta información puede determinar la respuesta emocional del paciente. Estudios recientes han evidenciado que la falta de información precisa, o lo que se conoce como "pacto de silencio", puede llevar a un aumento significativo en los niveles de ansiedad y depresión. Por el contrario, proporcionar información clara y comprensible, adaptada a las capacidades emocionales del paciente, no solo empodera al paciente, sino que también mejora su bienestar emocional y calidad de vida^[208,209].

Dado el impacto emocional que tiene un diagnóstico de cáncer, la habilidad de los profesionales de la salud para manejar tanto los aspectos técnicos como los emocionales adaptándose a las necesidades individuales y culturales del paciente es crucial. Esto incluye la preparación para abordar temas sensibles, como el final de la vida, utilizando un lenguaje que proteja la sensibilidad emocional del paciente, pero que también le permita enfrentar la realidad de su situación. Además, un aspecto esencial de la comunicación en oncología es el manejo del silencio, un elemento a menudo subestimado, pero de gran importancia en la interacción entre profesionales de la salud y pacientes. Estudios recientes, han analizado el uso y funciones del silencio en la comunicación sanitaria, demostrando cómo su correcta utilización puede mejorar significativamente la calidad de la interacción y el cuidado del paciente^[210]. El silencio, bien manejado, puede ser una herramienta poderosa que permite al paciente procesar

⁵⁶ William R. Miller (1947): Psicólogo estadounidense, reconocido por desarrollar, junto con Stephen Rollnick, el enfoque de la entrevista motivacional, una técnica de intervención terapéutica centrada en el paciente que busca fomentar el cambio de comportamiento.

⁵⁷ Stephen Rollnick (1952): Psicólogo clínico galés, co-creador de la entrevista motivacional junto con William R. Miller. Su trabajo se centra en la psicología de la salud y la comunicación, especialmente en la promoción del cambio de comportamiento en contextos clínicos.

información, reflexionar sobre su situación y expresar sus emociones de manera más profunda y significativa. Es un momento de respeto y contención, que facilita una comunicación más humana y efectiva.

Tal y como comenté anteriormente en el apartado 4.4.3 EL PROFESIONAL SANITARIO, con el fin de abordar este tema y dar respuesta a las necesidades humanas que los profesionales sanitarios tienen en relación; desde el Hospital 12 de Octubre en colaboración con el Grado de psicología de la Universidad Francisco de Vitoria; se realizó un estudio descriptivo que evaluó los niveles de humanización, calidad de vida profesional, resiliencia y habilidades comunicativas entre los profesionales sanitarios de las áreas de Oncohematología y Oncología radioterápica (*Véase apartado en ANEXOS 12.2 Descripción proyecto humanizando cuidamos. Fase 1 (Apartado 4.4.3).*).

Los resultados de la 1ª fase descriptiva del estudio revelaron niveles bajos de humanización y disposición al optimismo, así como niveles moderados de fatiga por compasión. Estos hallazgos resaltan la necesidad urgente de reforzar los programas formativos y el apoyo emocional para los profesionales sanitarios, con el fin de mejorar tanto la calidad del cuidado como la satisfacción del paciente. Destacan la necesidad de reforzar la formación en competencias emocionales y de comunicación en los profesionales sanitarios no solo para mejorar la calidad del cuidado sino también aumentar la satisfacción del paciente y del propio profesional^[139].

A su vez y relación a la comunicación, en el ámbito de la enfermería oncológica la implementación de protocolos como el modelo SPIKES es fundamental para estructurar de manera efectiva la comunicación de malas noticias^[211-213]. Este modelo proporciona un marco claro que guía a los profesionales de la salud en el manejo de conversaciones delicadas, asegurando que se lleven a cabo con sensibilidad, empatía y respeto. Al seguir este enfoque, se garantiza que los pacientes reciban el apoyo emocional necesario, al tiempo que se respeta plenamente su autonomía y capacidad para tomar decisiones informadas.

Paralelamente, en el contexto del seguimiento de los pacientes y una comunicación efectiva, la incorporación de tecnologías digitales en la práctica clínica, como aplicaciones móviles y plataformas interactivas, ha transformado la manera en que se comunica y se ofrece atención sanitaria. Estas herramientas permiten una transmisión más rápida y eficiente de la información, facilitando la resolución de dudas y la gestión de urgencias

menores de manera ágil y accesible. Sin embargo, es fundamental que estas tecnologías se utilicen como complemento a las consultas presenciales, que siguen siendo esenciales para un abordaje integral y personalizado del paciente. Cuando se integran adecuadamente, estas herramientas pueden mejorar significativamente la calidad de vida del paciente y optimizar la eficiencia en la atención, sin comprometer la necesidad de un cuidado directo, humanizado y centrado en la persona^[204,214-219].

5.4.2 FASES DE AFRONTAMIENTO Y APOYO INTEGRAL

Llegados este punto, es esencial comprender las fases de afrontamiento que los pacientes con cáncer atraviesan para ofrecer un apoyo psicosocial, emocional y espiritual efectivo, y así brindar una atención verdaderamente centrada en la persona.

El **modelo de Kübler-Ross**, conocido por las cinco fases del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación; proporciona un marco comprensivo para entender cómo los pacientes oncológicos enfrentan el diagnóstico y el tratamiento del cáncer^[220,221].

- En la fase inicial de **negación**, los pacientes pueden rehuir la realidad de su diagnóstico como un mecanismo de defensa. Durante este tiempo, el apoyo emocional es fundamental para proporcionar un espacio seguro donde los pacientes puedan procesar la información a su ritmo. Brindar un apoyo que respete el tiempo y el espacio del paciente es esencial para facilitar la transición hacia las fases posteriores, evitando forzar una aceptación prematura que podría ser perjudicial para su salud mental^[222,223].
- En la fase de **ira**, es crucial canalizar las emociones de forma constructiva. El apoyo emocional en esta etapa puede incluir técnicas como la terapia cognitivo-conductual para ayudar al paciente a gestionar su frustración y resentimiento, y evitar que estas emociones se conviertan en un obstáculo para su tratamiento.
- Durante la fase de **negociación**, el apoyo espiritual puede ser particularmente relevante, ya que los pacientes a menudo buscan un sentido más profundo o tratan de encontrar un propósito en su experiencia. Aquí, los profesionales de la salud pueden facilitar este proceso mediante la integración de recursos espirituales y/o religiosos que el paciente considere significativos, ayudando a mantener su sentido de esperanza y propósito.
- La fase de **depresión** es donde el apoyo emocional se vuelve fundamental. Los pacientes necesitan un entorno de apoyo donde puedan expresar su dolor y tristeza

de manera segura. Las intervenciones psicosociales, como la terapia individual y los grupos de apoyo, son esenciales para evitar un mayor deterioro de la salud mental.

- Finalmente, la **aceptación** no debe interpretarse como una rendición pasiva, sino como un reconocimiento de la situación, donde el paciente comienza a encontrar un nuevo significado y propósito, incluso en medio de la enfermedad.

5.4.3 APOYO PSICOSOCIAL, EMOCIONAL, ESPIRITUAL Y A LA PERSONA. CUIDADO Y ACOMPAÑAMIENTO FAMILIARES Y PACIENTES.

Es evidente que el impacto emocional del cáncer no se limita al paciente; los familiares y cuidadores también enfrentan un estrés considerable que puede llevar a la fatiga por compasión, ansiedad y burnout. Por ello, proveer apoyo emocional a quienes rodean al paciente es crucial para mantener un entorno de cuidado saludable y equilibrado. Los familiares necesitan sentirse respaldados por el equipo sanitario, lo que es esencial para su bienestar y para la efectividad del cuidado que brindan al paciente. Este apoyo puede incluir sesiones de asesoramiento, grupos de apoyo específicos para cuidadores, y una educación continua sobre la enfermedad y el proceso de tratamiento. Asociaciones y fundaciones juegan un papel fundamental en ofrecer estos recursos, complementando la atención médica con programas que empoderan a los cuidadores, mejorando su capacidad para enfrentar los desafíos de su rol y promoviendo su bienestar emocional.

Además del apoyo emocional, la atención a la familia y cuidadores debe ser una prioridad en la planificación de los cuidados del paciente. Involucrar a los cuidadores en la toma de decisiones y en la planificación del tratamiento no solo les proporciona las herramientas necesarias para realizar su tarea de manera efectiva, sino que también les ayuda a sentirse valorados y comprendidos. Un equipo sanitario de confianza es esencial para crear un entorno en el que tanto el paciente como su familia se sientan apoyados y cuidados. Paralelamente, la creación de vínculos estrechos entre el equipo de profesionales sanitarios y los pacientes, así como con sus familias, es fundamental, dado el tiempo prolongado que muchos pasan en el hospital. Este vínculo transforma a la unidad oncológica en una segunda familia, donde el cuidado va más allá de lo técnico, enriqueciéndose con un enfoque profundamente humano. En este ambiente de apoyo mutuo y solidaridad, la atención a la familia se convierte en una parte integral del proceso de cuidado, asegurando que el bienestar de todos, tanto pacientes como cuidadores, sea una prioridad compartida y sostenida^[224-228].

5.4.4 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS. COMPLICACIONES.

Tal y como hemos descrito anteriormente, entre los trastornos psicológicos más comunes en pacientes oncológicos se encuentran la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Estos trastornos, a menudo presentes de manera simultánea, complican el proceso de tratamiento y recuperación.

Por lo tanto, es esencial que sean identificados y manejados de manera efectiva por un equipo multidisciplinario que entre otros profesionales incluya un seguimiento por parte de: medicina, enfermería, psicología y, cuando sea necesario psiquiatría^[178,183,208,229,230].

- **Depresión y ansiedad:** La depresión y la ansiedad son dos de los trastornos psicológicos más prevalentes entre los pacientes con cáncer, afectando su calidad de vida y la adherencia al tratamiento. Estudios recientes han mostrado que la depresión afecta a aproximadamente un 20% a 30% de los pacientes oncológicos durante el curso de su enfermedad, mientras que la ansiedad puede impactar a hasta el 40% de esta población^[180,224,231]. Los síntomas de depresión incluyen sentimientos persistentes de tristeza, anhedonia (pérdida de interés en actividades antes placenteras), fatiga intensa y, en los casos más graves, ideación suicida. La ansiedad se presenta como una preocupación constante relacionada con la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico, exacerbando el sufrimiento emocional y comprometiendo el bienestar general.

Estas condiciones pueden reducir la calidad de vida del paciente y afectar su adherencia al tratamiento. Es por ello que la intervención temprana, a través de la psicoterapia, el apoyo psicosocial y, cuando sea necesario, el tratamiento farmacológico, son abordajes fundamentales para mitigar estos efectos y mejorar el bienestar general del paciente.

- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT):** Aunque menos común, el TEPT puede desarrollarse en pacientes oncológicos que han experimentado situaciones altamente traumáticas, como diagnósticos tardíos o tratamientos intensivos. Los síntomas incluyen flashbacks, evitación de recuerdos relacionados con el cáncer y una hipervigilancia constante. El manejo del TEPT requiere un enfoque especializado, donde el psicólogo clínico trabaja estrechamente con otros profesionales de la salud para ofrecer una terapia adaptada a las necesidades específicas del paciente, ayudando a reducir la angustia y mejorar la capacidad de adaptación.

- **Trastornos de ajuste:** Estos trastornos, caracterizados por una respuesta emocional desproporcionada al diagnóstico de cáncer, son comunes en las primeras etapas de la enfermedad. Los pacientes pueden experimentar síntomas de ansiedad, depresión o una combinación de ambos, lo que dificulta su adaptación a la nueva realidad de vivir con cáncer. La intervención temprana y el apoyo constante son esenciales para evitar que estos trastornos evolucionen hacia afecciones más graves.

5.4.5 PLAN DE CUIDADOS EN EL ABORDAJE DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO.

Para abordar eficazmente los trastornos psicológicos en pacientes oncológicos, es imprescindible un plan de cuidados que integre de manera coordinada la atención psicológica, médica y de enfermería, con un enfoque centrado en la persona. La enfermería, al ser el punto de contacto más constante con el paciente, desempeña un papel crucial en este proceso. Un enfoque efectivo incluye la detección temprana de síntomas de trastornos psicológicos durante las rondas de enfermería, seguida de una interconsulta a psicología para una evaluación más profunda. La colaboración con el equipo médico y, cuando sea necesario, con psiquiatría, es fundamental para garantizar un tratamiento integral y adaptado a las necesidades del paciente.

En la práctica clínica, cuando un enfermero detecta signos de ansiedad severa, depresión o síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), realiza una evaluación inicial y documenta los hallazgos en el plan de cuidados del paciente. Posteriormente, se inicia una interconsulta con el equipo de psicología, detallando las observaciones y sugiriendo una valoración especializada.

Este enfoque multidisciplinario permite que se desarrolle un plan de intervención que incluya estrategias de manejo psicológico, ajustes en el entorno hospitalario y modificaciones en el tratamiento, con el objetivo de minimizar los factores estresantes y optimizar la adherencia al tratamiento. Además, es fundamental que el personal de enfermería esté capacitado en técnicas de apoyo básico, como la relajación y la escucha activa, mientras se espera la evaluación psicológica. Esta colaboración continua entre enfermería y psicología asegura que el tratamiento del paciente sea verdaderamente holístico, abordando tanto las necesidades físicas como las emocionales y psicológicas.

5.4.6 EVALUACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN: ESCALAS DE VALORACIÓN ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Utilizar instrumentos de medición validados y actualizados permite a los profesionales de la salud realizar un diagnóstico preciso y monitorear la evolución del paciente durante el tratamiento. A continuación, se describen algunas de las escalas más actualizadas y relevantes en relación:

- **Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria:** "*Hospital Anxiety and Depression Scale*" (HADS): Esta escala es ampliamente utilizada en el ámbito oncológico para medir síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados, diferenciando entre síntomas emocionales y somáticos en un contexto donde la enfermedad física predomina^[232,233].
- **Cuestionario de Salud del Paciente-9** "*Patient Health Questionnaire-9*" (PHQ-9): El PHQ-9 es una herramienta breve pero efectiva para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes con cáncer, basada en los criterios del DSM-5, lo que permite un seguimiento continuo y preciso de los síntomas depresivos^[234-238].
- **Cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizada-7** "*Generalized Anxiety Disorder 7*" (GAD-7): Esta escala se emplea para evaluar la ansiedad generalizada, ayudando a identificar niveles que requieren intervención, esencial en pacientes oncológicos que experimentan ansiedad significativa durante el diagnóstico y tratamiento^[239,240].
- **Escala de Impacto del Evento-Revisada** "*Impact of Event Scale-Revised*" (IES-R): La IES-R mide el impacto psicológico de eventos traumáticos como un diagnóstico de cáncer, evaluando síntomas intrusivos y evitativos típicos del trastorno de estrés postraumático (TEPT), permitiendo intervenciones tempranas^[241].
- **Termómetro del Distrés** "*Distress Thermometer*" (DT): Una herramienta rápida y efectiva para evaluar el nivel de angustia general del paciente oncológico, utilizando una escala visual y una lista de problemas, ideal para intervenciones inmediatas en un entorno clínico^[242,243].
- **Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer-Bienestar Emocional** "*Functional Assessment of Cancer Therapy-Emotional Well-Being*" (FACT-EWB): parte del FACT-G, este cuestionario se centra en el bienestar emocional, ofreciendo una visión detallada del estado emocional del paciente con cáncer, crucial para ajustar el tratamiento de forma personalizada^[244].
- **Cuestionario de Calidad de Vida C30** "*Quality of Life Questionnaire-C30*" (QLQ-

C30): desarrollado por la EORTC, evalúa la calidad de vida relacionada con la salud, incluyendo el estado emocional^[164,167,168].

- **Inventario Breve de Síntomas "Brief Symptom Inventory"** (BSI): un inventario de 53 ítems que evalúa síntomas psicológicos en varias dimensiones, incluyendo ansiedad y depresión, utilizado para identificar problemas psicológicos complejos en pacientes oncológicos^[239,239,245].
- **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger "Spielberger State-Trait Anxiety Inventory"** (STAI): mide la ansiedad como un estado y como un rasgo, útil para la ansiedad relacionada con la enfermedad^[246,247].
- **Cuestionario de Detección de Malestar Emocional** (DME): se desarrolló para llenar el vacío existente en la evaluación del malestar emocional específico en pacientes con cáncer avanzado. Este instrumento es crucial en la investigación de este estudio, ya que permite una valoración precisa del estado de ánimo y la forma en que los pacientes enfrentan su situación^[248].

En este punto, es importante destacar que, para el desarrollo del proyecto de esta tesis doctoral enfocado en la valoración de los aspectos emocionales de ansiedad, depresión y distrés en pacientes oncológicos adultos hospitalizados (*Véase en 7.3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO, 8.2.3 Resultados de las escalas o instrumentos de medición*) se han seleccionado y utilizado cuidadosamente las siguientes escalas validadas, respaldadas por la bibliografía más actualizada y relevante en el campo:

1. **"Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS):** Evalúa la presencia y severidad de síntomas de ansiedad y depresión en los últimos siete días. Se administra durante la fase de tratamiento y seguimiento para monitorear cambios emocionales. El cuestionario consta de 14 ítems, divididos en dos subescalas de 7 ítems cada una, dirigidas a evaluar la ansiedad y la depresión. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 0 a 3, con puntuaciones que oscilan entre 0 y 21 para cada subescala. Los puntos de corte establecidos son: 0 a 7 (sin síntomas), 8 a 10 (subclínico), y 11 o más (síntomas clínicos de ansiedad o depresión)
2. **"Distress Thermometer" (DT):** Evalúa el nivel general de distrés o malestar emocional en un momento dado. Es ideal para ser utilizado en cada visita de seguimiento para identificar cambios rápidos en el estado emocional del paciente. Esta herramienta visual y sencilla mide el nivel de sufrimiento psicológico en una escala de 0 a 10, donde una puntuación de 5 o más sugiere la necesidad de

intervención, siendo opcional la derivación con puntuaciones entre 4 y 6, y obligatoria entre 7 y 10.

3. **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9):** Evalúa la gravedad de los síntomas de depresión. Se administra durante la evaluación inicial y en intervalos regulares durante el tratamiento. Cada uno de los 9 ítems se puntúa de 0 a 3, con un rango total de 0 a 27. Los puntos de corte indican: 0-4 (mínima o ninguna depresión), 5-9 (depresión leve), 10-14 (depresión moderada), 15-19 (depresión moderadamente severa), y 20-27 (depresión severa).
4. **El Cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME)** Detecta el nivel de malestar emocional que podría afectar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento. Este cuestionario evalúa el malestar emocional general, con una puntuación total que oscila entre 0 y 20. Un puntaje igual o superior a 9 indica la presencia de malestar emocional significativo, lo que sugiere la necesidad de una intervención clínica.

Además de estas escalas, la evaluación se ha complementado con la **Escala Visual Analógica (EVA)** para la evaluar el nivel de dolor del paciente a través de una puntuación del 0-10 (siendo 10 el máximo nivel del dolor), y la monitorización de signos vitales como la tensión arterial sistólica, diastólica y media, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. Esta combinación de herramientas ha permitido realizar una valoración integral del estado físico y emocional de los pacientes, asegurando que las intervenciones terapéuticas sean informadas, precisas y adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.

5.5 HACIA UNA ONCOLOGÍA INTEGRAL: SINERGIAS ENTRE ENFOQUES TERAPÉUTICOS CONVENCIONALES E INTEGRATIVOS"

5.5.1 TRATAMIENTOS MÉDICOS CONVENCIONALES

El manejo del cáncer requiere una combinación de enfoques terapéuticos diseñados para atacar la enfermedad desde diferentes ángulos. A continuación, se describen las principales estrategias terapéuticas, destacando su aplicabilidad y relevancia en el manejo integral del paciente oncológico.

- **La cirugía** es una intervención fundamental en el tratamiento oncológico, orientada

a extirpar físicamente el tumor y, en algunos casos, los tejidos circundantes que puedan estar afectados. Es especialmente eficaz en las etapas tempranas del cáncer, cuando la enfermedad está localizada y puede ser removida completamente. Esta intervención tiene el potencial de ser curativa si el cáncer no se ha diseminado, y a menudo se combina con quimioterapia o radioterapia (terapia adyuvante) para eliminar cualquier célula cancerosa residual, reduciendo así el riesgo de recurrencia.

- **La quimioterapia** utiliza medicamentos citotóxicos para destruir las células cancerosas o impedir su capacidad de dividirse y crecer. Puede ser administrada de diversas formas, incluyendo oral e intravenosa, y se emplea tanto como tratamiento principal como en combinación con cirugía o radioterapia. Dependiendo del momento de su administración, se clasifica como neoadyuvante (antes de la cirugía) o adyuvante (después de la cirugía). En casos de cáncer avanzado, la quimioterapia puede ser paliativa, ayudando a controlar la enfermedad y aliviar los síntomas.
- **La radioterapia** emplea radiación de alta energía para dañar el ADN de las células cancerosas, lo que impide su capacidad de crecer y dividirse. Este tratamiento es eficaz para cánceres localizados y puede ser curativo o paliativo. La radioterapia externa y la braquiterapia (interna) son las modalidades más comunes, y a menudo se utilizan en combinación con otras terapias para aumentar su eficacia.
- **Terapia de medicamentos dirigidos.** Esta terapia se centra en atacar moléculas específicas involucradas en el crecimiento y la proliferación de las células cancerosas, como proteínas, receptores o genes alterados. Estos tratamientos son más selectivos y suelen tener menos efectos secundarios que la quimioterapia. Se utilizan en cánceres con mutaciones genéticas identificables, como el cáncer de mama HER2 positivo o el cáncer de pulmón con mutaciones en EGFR, siendo una parte clave de la medicina personalizada.
- **La inmunoterapia** estimula el sistema inmunológico del paciente para que identifique y destruya las células cancerosas. Este tratamiento ha revolucionado el manejo de ciertos tipos de cáncer, como el melanoma y el cáncer de pulmón, y se está integrando cada vez más en los protocolos estándar de tratamiento oncológico.
- **Trasplante de células madre o médula ósea.** Este tratamiento es esencial para reemplazar la médula ósea dañada o destruida por el cáncer o los tratamientos intensivos. Se utiliza principalmente en leucemias, linfomas y otros cánceres hematológicos, y también como terapia de consolidación después de tratamientos agresivos para asegurar la regeneración del sistema inmunológico.

Estos enfoques terapéuticos, utilizados de manera individual o combinada, representan

las herramientas más avanzadas y efectivas en el tratamiento del cáncer, asegurando que cada paciente reciba una atención personalizada y basada en la evidencia.

5.5.2 TERAPIAS INTEGRATIVAS, COMPLEMENTARIAS AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL

Los tratamientos farmacológicos son cruciales e imprescindibles ya que consideran las características moleculares del tumor y las necesidades clínicas e individuales del paciente. Sin embargo, no son suficientes para abordar todos los aspectos de la enfermedad. Aquí es donde entra en juego la oncología integrativa, un enfoque multidimensional que combina el tratamiento convencional del cáncer con terapias complementarias respaldadas por evidencia científica. Este enfoque no busca reemplazar los tratamientos estándar, como la cirugía, la quimioterapia, o la radioterapia, sino complementarlos para mejorar la calidad de vida del paciente, aliviar efectos secundarios y promover un bienestar integral [249–253].

Las terapias complementarias han ganado un lugar destacado en el tratamiento oncológico integrativo por su capacidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Entre las más reconocidas se encuentran las terapias mente-cuerpo como la meditación, el mindfulness y el yoga, que han demostrado ser efectivas en la reducción del estrés, la ansiedad y en la promoción de un estado de calma y bienestar emocional en pacientes con cáncer. Además, la nutrición oncológica y el ejercicio físico adaptado son ampliamente valorados por su capacidad para mejorar la tolerancia al tratamiento y la calidad de vida general del paciente. Dentro de la medicina tradicional china, la acupuntura continúa siendo una intervención importante, especialmente para el alivio de síntomas como el dolor, las náuseas inducidas por la quimioterapia y la fatiga. Estas terapias complementarias, respaldadas por evidencia científica, son ahora elementos clave dentro del enfoque de la oncología integrativa.

A nivel europeo e internacional, la oncología integrativa ha avanzado significativamente. Estados Unidos lidera este enfoque con centros de referencia como el "*Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC)*" y el "*MD Anderson Cancer Center*". En el MSKCC, bajo la dirección de "Jun J. Mao, MD, MSCE", se ha desarrollado el programa Integrative Medicine at Home, que ofrece clases virtuales de yoga, meditación y fitness para pacientes con cáncer. Un estudio reciente mostró que este programa no solo reduce las

visitas urgentes y las hospitalizaciones, sino que también mejora los síntomas de fatiga y depresión en pacientes sometidos a tratamientos activos. Además, la investigación sobre musicoterapia en MSKCC ha explorado el uso de esta intervención para reducir el dolor en pacientes sometidos a cirugías oncológicas, con estudios que emplean imágenes cerebrales para evaluar los efectos neurobiológicos de la terapia^[254,255].

Australia también se ha posicionado como líder en oncología integrativa, con centros como el "*Peter MacCallum Cancer Centre*" y el "*Chris O'Brien Lifehouse*", que utilizan terapias como la acupuntura, la meditación y la arteterapia para complementar su práctica clínica diaria^[256-258].

En Europa, la oncología integrativa ha encontrado un terreno fértil en instituciones reconocidas por su enfoque en la medicina antroposófica y terapias complementarias. Alemania también destaca en este campo, con instituciones como el "*Havelhöhe Hospital*" en Berlín y la "*Klinik Arlesheim*", que combinan tratamientos convencionales con terapias complementarias, demostrando su efectividad en mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos^[259,260]. En Suiza, centros como "*Lukas Klinik*" y el "*Paracelsus Hospital*" son referentes por su enfoque holístico, incluyendo tratamientos como la hipertermia y la arteterapia. El Reino Unido ha avanzado significativamente, con organizaciones como "*Penny Brohn UK*" y el "*Royal Marsden Hospital*", que integran asesoramiento nutricional, terapias mente-cuerpo y apoyo emocional^[261,262].

En España, aunque el desarrollo de la oncología integrativa aún está en crecimiento, se observa un interés creciente en integrar terapias complementarias en el tratamiento oncológico, siendo las instituciones y los profesionales sanitarios quienes comienzan a reconocer el valor de estas terapias^[263,264].

A continuación, en el contexto de esta tesis doctoral, la cual se enfoca en la integración de las terapias artístico-creativas: musicoterapia y arteterapia, nos centraremos en el estado del arte. Los siguientes apartados abordarán la evolución, aplicación y evidencia científica que respalda el uso de estas terapias complementarias en el ámbito clínico.

6. LA MUSICOTERAPIA Y LA ARTETERAPIA TERAPIAS COMPLEMENTARIAS AL TRATAMIENTO CLÍNICO.

“El arte, sus distintas manifestaciones, afecta al sistema nervioso autónomo, al equilibrio hormonal, y a los neurotransmisores cerebrales. Se produce un cambio en la actitud del estado emocional y en la percepción del dolor, consiguiendo llevar a una persona desde un estado de estrés a otro de relajación y creatividad. Nos conecta con la parte más profunda de nuestra psique donde reside el poder curativo que todos poseemos”^[265] .

“La expresión artística es una vía de comunicación, exploración y transformación ante situaciones donde recuperar estados de salud se convierte en un reto de superación personal. La activación del proceso creativo a través de los diferentes lenguajes artísticos, puede favorecer los dispositivos curativos naturales, cambiando la fisiología corporal y la actitud mental de la persona, mediante la producción de endorfinas que actúan sobre el sistema inmunológico”^[266,267].

Con el nacimiento de las “Terapias Creativas”, a mediados del siglo XX, la mediación terapéutica a través de las artes ya es una realidad con resultados científicos, principalmente en el ámbito clínico, sin olvidar su inclusión en las áreas educativas y sociales. En el contexto de investigaciones oncológicas, existen investigaciones que avalan la eficacia de dichas terapias. Las personas inmersas en tratamientos médico-oncológicos han de convivir e integrar en sus vidas una serie de desafíos que conllevan secuelas orgánicas, estéticas, funcionales, emocionales y cognitivas, así como los efectos colaterales que suponen dentro del ambiente social y familiar^[266-270]. Esta situación implica la activación de tácticas que ayuden a mejorar la calidad de vida, y aminorar, en la medida de lo posible, todos los síntomas asociados al cáncer: incertidumbre, fatiga, dolor, estrés, ansiedad. depresión, etc.

Las terapias creativas, también denominadas terapias artístico-creativas (TACs) “son aquellas disciplinas que estudian, desarrollan y aplican técnicas, estrategias y métodos para establecer una relación de ayuda socioemocional mediante lenguajes artísticos para poder así atender a las necesidades socioafectivas y del desarrollo integral de cada persona y poder abordar las dificultades o alteraciones emocionales/conductuales significativas que puedan presentarse. Cada una de ellas es una forma de psicoterapia en la que la experiencia estética al practicar un lenguaje artístico dentro de un encuadre

terapéutico genera procesos creativos y cambios significativos necesarios para la persona. Son aplicables en múltiples grupos de población y contextos: educativos, sanitarios, servicios sociales y de salud mental^[268].

Estas terapias utilizan el lenguaje musical, visual, corporal y la dramatización como canales de expresión alternativos y complementarios al lenguaje verbal, más utilizados en las psicoterapias. Entre las más destacadas se encuentran: el Arteterapia, la Musicoterapia, la Dramaterapia y la Danzaterapia.

Se consideran formas de intervención terapéutica distintas, pues, aunque puedan complementarse entre sí a la hora de ser aplicadas profesionalmente, corresponden a una formación académica diferente en la que cada profesional podrá optar de forma independiente a un lenguaje artístico específico. Por ello, las terapias creativas, son un complemento interesante a explorar por el abanico de posibilidades que los lenguajes artísticos ofrecen en el camino hacia el bienestar^[269,271,272].

Durante la década de los treinta hasta los años sesenta las terapias creativas comenzaron su andadura de forma paralela tanto en Inglaterra como en Estados Unidos al construir su propia autonomía disciplinar, nutriéndose de una gran afluencia de enfoques, pero al mismo tiempo desvinculándose progresivamente de la educación artística, la terapia ocupacional y del papel reduccionista otorgado a las actividades plásticas. La evidencia de observar como la calidad de los tratamientos clínicos aumentaba con la integración de las actividades artísticas desde sus aspectos expresivo-creativos, cuestionó la forma de implantarlas oficialmente en equipos médicos.

En España aparecen los primeros Másteres en Musicoterapia y Arteterapia a finales de los años 90. Actualmente, existen además de Másteres Nacionales de especialización en las diferentes terapias creativas, Federaciones y Asociaciones Nacionales unidas con la finalidad de dar a conocer y promover las terapias creativas como disciplinas, fomentar la investigación e intercambio de experiencias y lograr un reconocimiento profesional como en países más avanzados en la materia donde los terapeutas creativos aplican suprofesión de forma oficial y regularizada.

El terapeuta creativo, por tanto, ha de estar especializado de forma oficial y regularizada poseyendo un postgrado en arte, música, danza o teatro y psicoterapia, estando capacitado para trabajar en instituciones públicas o privadas sanitarias, educativas o sociales. Se encarga de establecer un espacio simbólico seguro, donde las sensaciones,

emociones y pensamientos que surjan durante el proceso de creación artístico puedan ser explorados, analizados e integrados; facilitándose un lugar para experimentar y tomar conciencia sobre nuevas formas de ser y estar, contribuyendo al autoconocimiento, el aprendizaje y la transformación de una manera profunda y sanadora^[268,269,273-275].

La terapia creativa aplicada en el ámbito sanitario, puede ser utilizada como una herramienta complementaria al tratamiento clínico trabajándose junto a un equipo sanitario multidisciplinar formado por el departamento de psicología, medicina, enfermería y trabajo social; que serán quienes tras detectar el mal estar emocional de estos pacientes, les deriven a que se puedan beneficiar de la terapia artístico-creativa.

En el uso de las terapias creativas como tratamiento en colectivos con cáncer ya existen investigaciones que verifican los numerosos beneficios que puede aportar contribuyendo a aumentar la relajación, la comunicación, reducir el dolor y soportar las experiencias estresantes de dicha enfermedad^[6,75,276-279].

Para una introducción visual al contexto, puede visualizarse el video introductorio disponible en: [<https://youtu.be/kFAZ-8rBtXg>].

6.1 MODELOS Y AUTORES RELEVANTES EN MUSICOTERAPIA Y ARTETERAPIA

La musicoterapia es una disciplina multidimensional que combina diversas teorías y prácticas para abordar las necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales de los pacientes. Según la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT), existen varios modelos reconocidos, cada uno con sus propios enfoques y aplicaciones. A continuación, se presenta una revisión de los principales modelos de musicoterapia y se describen los autores más influyentes en este campo, destacando sus contribuciones y enfoques^[280].

Modelos de Musicoterapia

1. Modelo Cognitivo-Conductual. Este modelo integra principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC) con la intervención musical, utilizando la música para modificar pensamientos y comportamientos disfuncionales. El enfoque se basa en la reestructuración cognitiva y el condicionamiento operante, donde la música actúa como un medio para reforzar comportamientos deseados y desafiar patrones de

pensamiento negativos.

- 2. Modelo Benenzon (Psicoanalítico).** Desarrollado por Rolando Benenzon⁵⁸, este modelo se basa en principios psicoanalíticos y enfatiza el uso de la musicoterapia para explorar el inconsciente del paciente. Utiliza técnicas como la improvisación y la asociación libre.
- 3. Modelo de imaginación guiada y música (BMGIM).** Creado por Helen Bonny⁵⁹, este modelo utiliza la música como un estímulo para inducir imágenes mentales guiadas. Es un enfoque profundo y reflexivo que permite a los pacientes explorar su psique y resolver conflictos internos.
- 4. Modelo de musicoterapia creativa (Nordoff-Robbins).** Desarrollado por Paul Nordoff⁶⁰ y Clive Robbins⁶¹, este modelo se basa en la creencia de que la capacidad musical innata de las personas puede ser utilizada para promover el bienestar y el desarrollo personal. Utiliza la improvisación y la co-creación musical.
- 5. Musicoterapia de libre improvisación (Juliette Alvin⁶²).** Este modelo se centra en la libre improvisación musical como medio para la expresión personal y la comunicación no verbal. Es un enfoque flexible que se adapta a las necesidades individuales del paciente.

Autores Relevantes en Musicoterapia

- **E. Thayer Gaston** (1901-1970, EE. UU.) Considerado el "padre de la musicoterapia" en Estados Unidos, Gaston fue pionero en establecer la musicoterapia como una disciplina académica y profesional. Su enfoque integraba la psicología y la música, explorando cómo esta última podía usarse para tratar a pacientes con enfermedades mentales y físicas. Gaston jugó un papel clave en la creación de programas universitarios de musicoterapia, y su obra "*Music in Therapy*" sigue siendo una referencia central en la formación de nuevos profesionales^[281,282].
- **Mary Priestley** (1925-2017, Reino Unido) Pionera en la Musicoterapia Analítica, Priestley utilizó la improvisación musical como herramienta para explorar el inconsciente del paciente, facilitando la expresión emocional y el crecimiento

⁵⁸ Rolando Benenzon (1939, Argentina): Pionero de la musicoterapia psicoanalítica y creador del modelo Benenzon, enfocado en la exploración del inconsciente a través de la música.

⁵⁹ Helen Bonny (1921-2010, EE. UU.): Fundadora del modelo de Imaginación Guiada y Música (BMGIM), que utiliza la música para facilitar imágenes mentales y la introspección terapéutica.

⁶⁰ Paul Nordoff (1909-1977, EE. UU.): Co-creador del modelo de Musicoterapia Creativa junto con Clive Robbins, centrado en la improvisación musical para el desarrollo personal y emocional.

⁶¹ Clive Robbins (1927-2011, Reino Unido): Colaborador de Paul Nordoff en el desarrollo del modelo de Musicoterapia Creativa, enfocado en el uso de la música para la autoexpresión y el bienestar.

⁶² Juliette Alvin (1897-1982, Reino Unido): Fundadora de la musicoterapia de Libre Improvisación, que emplea la improvisación musical como herramienta para la exploración emocional y la comunicación no verbal.

psicológico. Su obra "*Music Therapy in Action*" es ampliamente citada y continúa inspirando a musicoterapeutas que trabajan en el campo de la salud mental y la psicoterapia^[283].

- **David Aldridge** (1953-2015, Reino Unido/Alemania) Es reconocido por su innovador trabajo en el uso de la musicoterapia en cuidados paliativos y con pacientes que enfrentan enfermedades terminales. Su enfoque se centra en cómo la música puede mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento emocional, ayudando a los pacientes a encontrar consuelo y significado en sus últimos días. "*Music Therapy in Palliative Care: New Voices*"^[280,284,285] es una de sus obras más citadas, donde explora cómo la musicoterapia puede ofrecer una intervención significativa en contextos de cuidados paliativos.
- **Kenneth Bruscia** (1948-2020, EE. UU.) Un teórico influyente en la musicoterapia contemporánea, Bruscia es conocido por su enfoque en la improvisación musical y por definir los conceptos clave de la disciplina. Su obra "*Defining Music Therapy*" ha sido fundamental en la formalización de la musicoterapia como un campo basado en la evidencia, y sigue siendo un recurso central para investigadores y clínicos^[286].
- **Even Ruud** (1947, Noruega) Ha explorado la profunda relación entre la música, la identidad y el bienestar, destacando cómo la música puede influir en la formación del yo y en el bienestar emocional. Su trabajo se sitúa en la intersección entre la musicología y la musicoterapia, ofreciendo una comprensión holística de la música en la vida humana. "*Music Therapy: Improvisation, Communication, and Culture*"^[287] es una de sus obras más importantes, en la que analiza el papel de la improvisación musical en la terapia.
- **Barbara Wheeler** (EE. UU.) Ha sido una figura central en la investigación y la práctica de la musicoterapia, con una influencia significativa en la formación y educación de musicoterapeutas. Su trabajo abarca una amplia variedad de enfoques teóricos y prácticos, consolidando el papel de la musicoterapia en la salud mental y la educación especial. Entre sus obras más influyentes se encuentran "*Music Therapy Handbook*" y "*Music Therapy Research*", que son textos fundamentales para estudiantes y profesionales en el campo^[280,288,289].
- **Cheryl Dileo** (EE. UU.) Es conocida por su trabajo en la integración de la musicoterapia en cuidados intensivos y paliativos. Ha investigado cómo la música puede ser utilizada eficazmente para gestionar el dolor y el estrés en entornos hospitalarios, mejorando la experiencia del paciente. Sus libros "*Music Therapy and Medicine*" y "*Methods of Teaching and Training the Music Therapist*", son

referencias clave en la intersección de la música y la medicina^[290,291].

- **Kenneth Aigen** (EE.UU.) Ha profundizado en la teoría y práctica de la musicoterapia, con un enfoque en la musicoterapia basada en recursos y el potencial transformador de la música. Su trabajo subraya la capacidad de la música para catalizar el cambio personal y social. "*The Study of Music Therapy: Current Issues and Concepts*"⁽²⁸⁹⁾, es una obra fundamental que ofrece una visión crítica de los debates actuales en el campo^[292].
- **Brynjulf Stige** (Noruega) Es pionero en la musicoterapia comunitaria y ha desarrollado enfoques innovadores para el uso de la música en comunidades marginadas. Su trabajo ha influido en la forma en que la musicoterapia se aplica en contextos sociales y culturales diversos. "*Community Music Therapy*" y "*Where Music Helps*" son textos esenciales para entender la aplicación de la musicoterapia en la comunidad^[293,294].
- **Eric G. Waldon** (EE.UU.) Ha llevado a cabo investigaciones exhaustivas sobre la efectividad de la musicoterapia en diversas poblaciones, incluyendo niños y adultos con necesidades especiales. Su trabajo es conocido por su rigor metodológico y su enfoque en la evaluación de resultados terapéuticos. Ha publicado numerosos artículos en revistas como "Journal of Music Therapy" y "Music Therapy Assessment", contribuyendo a la base de evidencia científica en el campo^[295,296,296].
- **Stine Lindahl Jacobsen** (Dinamarca). Ha centrado su trabajo en la aplicación de la musicoterapia en salud mental y desarrollo infantil, con un enfoque especial en la improvisación y la terapia centrada en el cliente. Sus investigaciones han demostrado cómo la musicoterapia puede facilitar el desarrollo emocional y social en niños y adolescentes. "*Music Therapy with Families*", es una obra destacada que explora el impacto de la musicoterapia en el contexto familiar^[297].
- **Holly Tuesday Baxter, Julie Allis Berghofer, Lesa MacEwan, Judy Nelson, Kasi Peters, and Penny Roberts**. Este grupo de autoras ha hecho importantes aportaciones a la práctica de la musicoterapia en diversas poblaciones y contextos, con un enfoque en la educación, la intervención temprana y la salud mental. Su trabajo ha expandido el alcance y la accesibilidad de la musicoterapia a nivel internacional. Han contribuido con artículos y estudios en revistas especializadas, influyendo en la práctica clínica y la formación de nuevos profesionales en musicoterapia^[298].

A su vez, la arteterapia es una disciplina terapéutica que emplea la expresión artística como una herramienta poderosa para mejorar la salud mental y emocional de los pacientes. Reconocida y respaldada por diversas organizaciones internacionales como la "Federación Europea de Arteterapia" (EFAT), la "American Art Therapy Association" (AATA), y la "International Expressive Arts Therapy Association" (IEATA)^[299-301], la arteterapia integra una variedad de enfoques teóricos que se adaptan a las necesidades individuales de los pacientes. A continuación, se presenta una revisión de los principales modelos de arteterapia y una descripción de los autores más influyentes en este campo.

Modelos de Arteterapia

- 1. Modelo psicoanalítico.** Basado en el psicoanálisis freudiano, este modelo utiliza la creación artística para explorar el inconsciente del paciente. A través del arte, emergen contenidos inconscientes que se analizan mediante técnicas como la asociación libre y la interpretación simbólica. Este enfoque es eficaz para tratar trastornos emocionales profundos. Destacan autores como Edith Kramer⁶³, pionera en "arte como terapia", y Margaret Naumburg⁶⁴, desarrolladora de la "arteterapia dinámica".
- 2. Modelo humanista.** Este modelo se enfoca en el potencial innato del ser humano para el crecimiento personal y la autoexpresión. Utiliza el arte como una herramienta para la autoexploración y el desarrollo personal. Carl Rogers⁶⁵ y Natalie Rogers⁶⁶, fueron quienes integraron la creatividad artística con los principios de la terapia centrada en la persona.
- 3. Modelo gestáltico.** Basado en la terapia Gestalt de Fritz Perls⁶⁷, este enfoque promueve la toma de conciencia y el enfoque en el "aquí y ahora" a través de la creación artística. Es útil para explorar y resolver conflictos emocionales. Una autora destacada en este enfoque es Violet Oaklander⁶⁸, conocida por su trabajo con niños y adolescentes, combinando Gestalt y arteterapia.

⁶³ Edith Kramer (1916-2014, Austria/EE.UU.): Pionera de la arteterapia, desarrolló el concepto de "arte como terapia", enfatizando la sublimación y la autoexpresión a través del arte.

⁶⁴ Margaret Naumburg (1890-1983, EE.UU.): Fundadora de la arteterapia dinámica, utilizó el arte como medio para acceder al inconsciente, basándose en principios psicoanalíticos.

⁶⁵ Carl Rogers (1902-1987, EE.UU.): Fundador de la terapia centrada en el cliente, enfatizó la importancia de la autoexploración y la autenticidad en el proceso terapéutico.

⁶⁶ Natalie Rogers (1928-2015, EE.UU.): Desarrolló la terapia expresiva centrada en el cliente, combinando el enfoque humanista de su padre, Carl Rogers, con técnicas de arte y movimiento.

⁶⁷ Fritz Perls (1893-1970, Alemania/EE.UU.): Co-fundador de la terapia Gestalt, promovió el uso de técnicas creativas para fomentar la conciencia y la autoexpresión en el aquí y ahora.

⁶⁸ Violet Oaklander (1927-2021, EE.UU.): Especialista en terapia Gestalt para niños, integró el uso del arte y el juego para facilitar la expresión emocional y el desarrollo personal.

4. **Modelo cognitivo-conductual.** Este modelo integra la terapia cognitivo-conductual (TCC) con la arteterapia para modificar pensamientos y comportamientos disfuncionales. Es eficaz en el tratamiento de trastornos de ansiedad, depresión y manejo del estrés. Susan Hogan, es quien ha destacado en la aplicación de la TCC en arteterapia.
5. **Modelo sistémico.** El modelo sistémico se enfoca en las dinámicas familiares, utilizando la creación artística para explorar y mejorar la comunicación y las relaciones dentro de los sistemas familiares o de pareja. Una de las autoras más reconocida por su trabajo en la aplicación de la arteterapia en el contexto familiar fue Judy Rubin⁶⁹.

Autores relevantes en Arteterapia

- **Margaret Naumburg** (1890-1983, EE. UU.): Considerada la "madre de la arteterapia" en Estados Unidos, Naumburg fue una psicóloga y educadora que integró el arte en la psicoterapia, fundando la arteterapia dinámica. Su enfoque se centraba en el uso del arte como una vía para liberar el inconsciente, similar a la asociación libre en el psicoanálisis^[302].
- **Adrian Hill** (1895-1977, Reino Unido): Artista que acuñó el término "arteterapia" en 1942 mientras se recuperaba de tuberculosis. Hill fue pionero en el uso del arte como un medio terapéutico en hospitales, especialmente para tratar el trauma y las secuelas emocionales de enfermedades físicas, sentando las bases de la arteterapia en Europa^[303].
- **Edith Kramer** (1916-2014, Austria/EE. UU.) Es una de las figuras fundadoras de la arteterapia. Desarrolló el concepto de "arte como terapia", donde la creación artística se utiliza como un proceso terapéutico en sí mismo. Kramer subrayó la importancia de la sublimación, canalizando los impulsos inconscientes a través del arte, facilitando así una expresión emocional saludable. *"Art as Therapy with Children"* es su obra más influyente, donde detalla su metodología aplicada, especialmente con niños^[304].
- **Helen Landgarten** (1921-2011, EE. UU.) Es conocida por sus métodos innovadores en la evaluación y tratamiento dentro de la arteterapia. Su trabajo se basa en la creación de un entorno terapéutico seguro, permitiendo a los pacientes explorar sus emociones a través del arte. Sus técnicas han sido ampliamente adoptadas en el

⁶⁹ Judy Rubin (1936-, EE.UU.): Psicoterapeuta y arteterapeuta, conocida por su enfoque psicoanalítico en la arteterapia y por su trabajo en la integración de la terapia artística en entornos clínicos.

tratamiento de diversos trastornos psicológicos. *"Clinical Art Therapy: A Comprehensive Guide"* es una guía exhaustiva para profesionales que buscan integrar la arteterapia en sus prácticas clínicas^[305].

- **Judith Rubin** (1936, EE. UU.) Ha sido una figura clave en la profesionalización de la arteterapia, combinando elementos de la teoría psicoanalítica con la práctica artística. Sus modelos de intervención son ampliamente utilizados en entornos clínicos para tratar una variedad de poblaciones. *"Child Art Therapy"* y *"Approaches to Art Therapy"* ofrecen una comprensión profunda de la aplicación de la arteterapia, especialmente en niños^[306,307].
- **Shaun McNiff** (EE. UU.) Es pionero en la arteterapia expresiva, integrando múltiples formas de arte como la pintura, la danza y la escritura en un enfoque terapéutico holístico. Destaca la importancia de la creatividad y la improvisación para acceder a las emociones más profundas y promover la curación. *"Art Heals: How Creativity Cures the Soul"* y *"Art-Based Research"* son esenciales para comprender cómo el arte puede ser utilizado tanto en la investigación como en la práctica terapéutica^[308,309].
- **Gabrielle Rifkind** (Reino Unido). Ha aplicado la arteterapia en contextos de trauma y conflictos internacionales, utilizando el arte como herramienta para la resiliencia y la sanación en comunidades afectadas por la guerra. Su enfoque destaca el poder del arte para facilitar el diálogo y la recuperación en situaciones de trauma colectivo. *"The Psychology of Political Extremism: What Sigmund Freud Would Have Thought of Islamic State"* analiza el potencial del arte para la reconciliación en contextos políticos extremos^[310].
- **Tessa Dalley** (Reino Unido). Ha sido fundamental en la integración de la arteterapia en contextos educativos, especialmente con niños y adolescentes. Su enfoque se centra en cómo el arte facilita la comunicación y la resolución de conflictos, y cómo puede apoyar el desarrollo emocional y social en los jóvenes. *"Art as therapy"* y *"The handbook of art therapy"* son textos esenciales que exploran la aplicación de la arteterapia en entornos educativos^[311,312].
- **Kim Terry** (Reino Unido). Se especializa en la aplicación de la arteterapia en el tratamiento de trastornos del espectro autista y otras discapacidades del desarrollo. Ha demostrado cómo la arteterapia puede mejorar las habilidades de comunicación y la autoexpresión en personas con necesidades especiales. Artículos en el *International Journal of Art Therapy* son referencias clave para profesionales en educación especial y arteterapia^[313].

- **Susan Hogan** (Reino Unido) Es una de las principales defensoras del enfoque feminista en arteterapia. Explora cómo el arte puede empoderar a las mujeres y abordar cuestiones de género, destacando la importancia del contexto social y cultural en la práctica terapéutica. "*Revisiting Feminist Approaches to Art Therapy*" combina teoría feminista y práctica de arteterapia, proporcionando una perspectiva crítica sobre el arte como herramienta de cambio social^[314].

Para concluir, es fundamental subrayar que, si bien cada modelo de musicoterapia y arteterapia posee sus propias fortalezas y aplicaciones, la elección del enfoque terapéutico más adecuado en pacientes oncológicos debe estar guiada no solo por las necesidades individuales y la etapa de la enfermedad, sino también por la capacidad de la imagen y el sonido para operar como herramientas hermenéuticas de exploración del ser^[315]. Desde esta perspectiva, no existe un modelo universalmente superior; la verdadera eficacia de estas terapias radica en la habilidad del terapeuta para integrar enfoques diversos, generando un diálogo simbólico entre el paciente y su propia experiencia de enfermedad. La música y el arte no son meros instrumentos funcionales dentro del proceso terapéutico, sino vehículos que, en palabras de Gadamer⁷⁰, permiten la apertura a una verdad que trasciende lo inmediato, revelando significados ocultos en la vivencia del individuo.

Esta integración de modelos no solo optimiza el bienestar físico y emocional del paciente, sino que también refuerza la idea de que el arte y la música operan como mediadores en la construcción de identidad en el proceso de enfermedad. En este sentido, la propuesta de Hans Jonas⁷¹ sobre el homo pictor^[316] es esencial para comprender que la imagen y el sonido han sido, desde tiempos primitivos, formas de dar sentido a lo desconocido, de domesticar la incertidumbre y de proyectar una interpretación de la realidad más allá del lenguaje racional. La capacidad del arte para generar catarsis y transformación en pacientes oncológicos se vincula, así, con una necesidad humana inherente de encontrar significado en la experiencia, incluso en los momentos de mayor fragilidad.

Es fundamental que los profesionales sanitarios y terapeutas artístico creativos,

⁷⁰ Hans-Georg Gadamer (1900-2002): fue un filósofo alemán que renovó la hermenéutica con "Verdad y Método" (1960), defendiendo que la comprensión es un proceso histórico y dialógico donde el arte y la experiencia estética revelan verdades inaccesibles por métodos científicos.

⁷¹ Hans Jonas (1903-1993) fue un filósofo alemán especializado en ética, fenomenología y filosofía de la biología. Su obra se centra en la relación entre la técnica, la biología y la responsabilidad moral del ser humano, con un enfoque clave en la ética de la supervivencia y la relación entre el hombre y la naturaleza.

mantengan un compromiso constante con la formación crítica y la actualización de conocimientos, no solo desde la investigación clínica, sino también desde una comprensión filosófica y antropológica del arte como experiencia de sentido. La actualización constante en modelos, autores y técnicas no solo es indispensable para garantizar intervenciones de calidad, sino que constituye un imperativo epistemológico y ético en la práctica terapéutica. Más allá de la mera optimización metodológica, la formación continua permite a los terapeutas ajustar sus estrategias con sensibilidad y rigor a las necesidades cambiantes del paciente, reconociendo que la enfermedad no es solo un fenómeno biológico, sino un desafío existencial que exige ser interpretado y resignificado. En este sentido, la excelencia y la innovación en estas terapias no radican únicamente en su fundamentación científica, sino en su capacidad para generar espacios de verdad y reconstrucción del sentido, donde el paciente pueda articular su experiencia a través del arte y la música como lenguajes simbólicos de transformación personal.

6.2 PROCESO TERAPEÚTICO Y TÉCNICAS RELEVANTES EN MUSICOTERAPIA Y ARTETERAPIA

Proceso terapéutico en Musicoterapia y Arteterapia

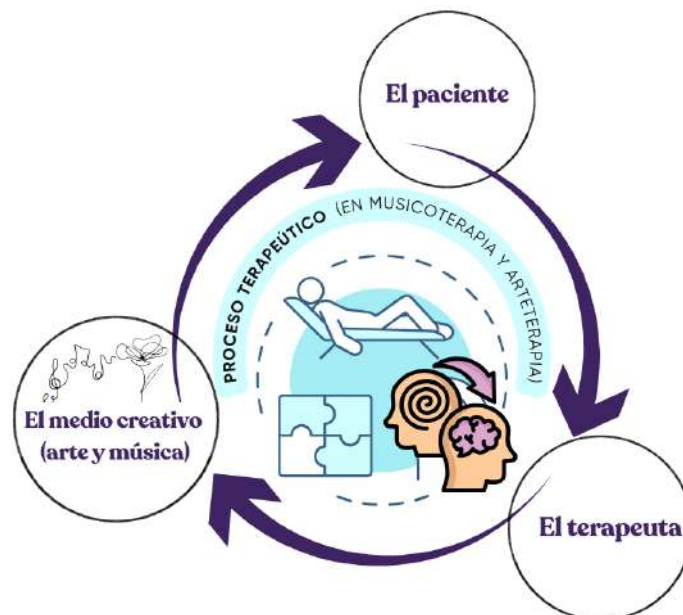
El proceso terapéutico en arteterapia y musicoterapia se desarrolla a través de un enfoque integral que combina la expresión creativa con la intervención clínica, abordando de manera holística las necesidades emocionales, psicológicas, y físicas de los pacientes. Si bien ambas disciplinas poseen metodologías específicas, comparten principios esenciales como la capacidad del arte y la música para vehicular la experiencia humana, facilitar la comunicación simbólica y generar transformación personal. En este sentido, no solo operan como herramientas terapéuticas, sino que funcionan como espacios de resignificación existencial, permitiendo a los pacientes reconstruir su identidad y su sentido de realidad a través de la experiencia estética.

Los elementos clave del proceso terapéutico son:

- **El paciente:** En el centro del proceso terapéutico se encuentra el paciente, cuya subjetividad, historia personal y estado emocional no solo guían la intervención, sino que también estructuran el sentido mismo de la experiencia terapéutica. La terapia se adapta a cada individuo, garantizando un enfoque personalizado que no impone significados desde fuera, sino que permite la emergencia de narrativas simbólicas propias.

- **El terapeuta:** El terapeuta desempeña un papel crucial como facilitador del proceso terapéutico. Su función implica no solo el dominio técnico de las disciplinas artísticas, sino también una profunda comprensión de la psicología y el comportamiento humano. El terapeuta debe ser capaz de crear un entorno seguro y acogedor donde el paciente se sienta libre para explorar sus emociones a través del arte y la música.
- **El medio creativo (arte y música):** La música y el arte actúan como vehículos de expresión, permitiendo al paciente canalizar sus emociones y conflictos internos de manera no verbal. Estos medios creativos no solo facilitan la expresión emocional, sino que también sirven como herramientas diagnósticas y terapéuticas, ayudando al paciente a procesar sus experiencias de una manera saludable y constructiva.

Ilustración 1: Elementos del proceso terapéutico en Musicoterapia y Arteterapia.



A continuación, tras una exhaustiva revisión de la bibliografía actualizada, libros fundamentales y diversas perspectivas sobre las fases del proceso terapéutico en musicoterapia y arteterapia, nos centraremos en la integración y unificación de enfoques relevantes para la aplicación conjunta de ambas disciplinas. El objetivo es detallar de manera clara y concisa las fases más importantes de este proceso, resaltando los elementos clave que permiten un abordaje integral, adaptativo y centrado en las necesidades específicas de cada paciente.

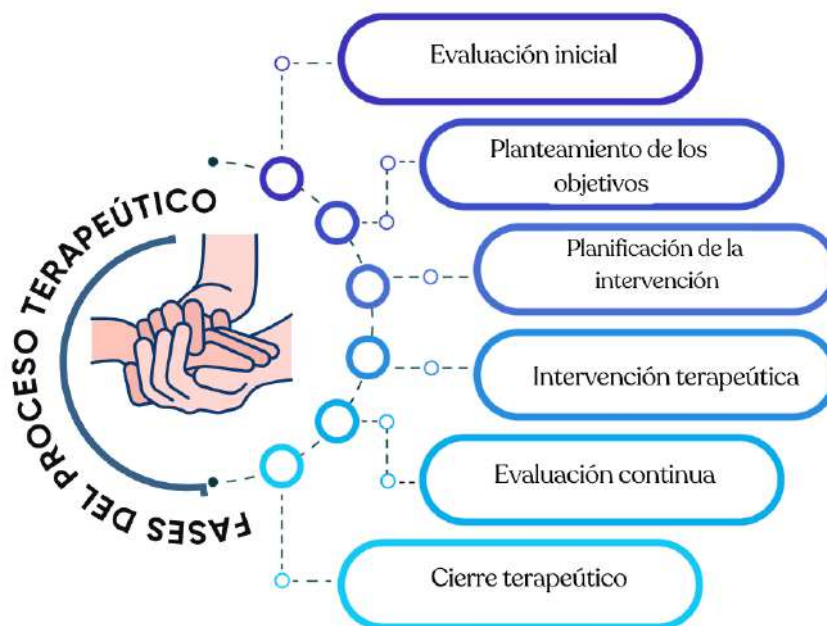
1. **Evaluación inicial.** En esta primera fase, se recopila información exhaustiva sobre el paciente para diseñar un plan de tratamiento personalizado. Se revisa el historial

clínico y se realizan entrevistas detalladas, explorando tanto el contexto emocional como el historial artístico o musical del paciente. Esta evaluación integral permite al terapeuta comprender la naturaleza de los desafíos que enfrenta el paciente, así como identificar sus recursos internos y capacidades creativas.

- 2. Planteamiento de objetivos.** Se establecen metas terapéuticas claras y alcanzables que guiarán todo el proceso de intervención. Estos objetivos se definen en estrecha colaboración con el paciente, asegurando que sean realistas y alineados con sus necesidades y deseos. Por ejemplo, pueden incluir la reducción de la ansiedad, la mejora de la autoestima, el manejo del dolor, o la resolución de conflictos emocionales. Es fundamental que estos objetivos sean dinámicos y puedan ajustarse a medida que avanza la terapia, dependiendo del progreso y las necesidades cambiantes del paciente. Este enfoque personalizado maximiza la efectividad del tratamiento.
- 3. Planificación de la intervención.** En esta etapa se diseña un plan de tratamiento que integra técnicas de musicoterapia y arteterapia de manera complementaria. Se determina el formato de las sesiones, que pueden ser individuales, grupales o familiares, así como la frecuencia, duración y entorno terapéutico. Se seleccionan las técnicas más adecuadas, como la improvisación musical, el uso de la voz, el dibujo, la pintura o la escultura, adaptando siempre el enfoque a las necesidades y preferencias del paciente.
- 4. Intervención terapéutica.** Durante las sesiones, el terapeuta guía al paciente en la utilización del arte y la música como medios de expresión y exploración personal. Este proceso puede incluir la improvisación musical para liberar emociones reprimidas o la creación artística para construir una narrativa personal y abordar traumas pasados. La intervención se adapta continuamente a las respuestas del paciente, asegurando que cada sesión contribuya a su bienestar emocional y psicológico.
- 5. Evaluación continua.** Se monitorea constantemente el progreso del paciente y se ajusta la intervención según sea necesario. Esta evaluación se realiza mediante la observación directa, autoevaluaciones y el uso de escalas específicas de valoración. Este enfoque permite adaptar las técnicas y objetivos para maximizar la efectividad de la intervención, asegurando que el paciente reciba el apoyo más adecuado en cada etapa de su tratamiento.
- 6. Cierre terapéutico.** En la fase final, se consolidan los logros alcanzados durante la terapia y se proporciona un cierre significativo al proceso. Se revisan y celebran los

progresos del paciente, integrando las experiencias terapéuticas en su vida diaria para asegurar que los beneficios perduren más allá de las sesiones. Esta fase puede culminar en la creación de una obra de arte o una composición musical que simbolice el viaje terapéutico del paciente, ofreciendo un sentido de conclusión y continuidad en su proceso de sanación.

Ilustración 2: Fases del proceso terapéutico en Musicoterapia y Arteterapia.



Esta estructura terapéutica aporta una visión holística y personalizada, maximizando la efectividad de las intervenciones en contextos clínicos tan complejos como el tratamiento del paciente oncológico. En este marco, es fundamental resaltar las técnicas específicas y relevantes empleadas tanto en arteterapia como en musicoterapia. Estas técnicas, seleccionadas y aplicadas con precisión, permiten abordar integralmente los aspectos emocionales, psicológicos y físicos del paciente. A continuación, se presentan las técnicas más actualizadas en ambos campos, destacando su papel en la expresión, el procesamiento emocional y la mejora del bienestar del paciente durante el tratamiento y la recuperación.

Técnicas en Musicoterapia y Arteterapia

Las técnicas de musicoterapia, como la improvisación musical y la escucha activa, permiten a los pacientes expresar y procesar emociones de manera no verbal, facilitando el acceso a estados internos complejos y promoviendo el bienestar emocional en diversos contextos clínicos^[286,288,291,292,317].

- **Improvisación musical.** Es una técnica central en musicoterapia, donde el paciente, junto con el terapeuta, crea música espontáneamente sin una estructura predefinida. Este proceso permite la expresión emocional en un espacio seguro, facilitando el acceso a estados internos que son difíciles de verbalizar. Se utiliza ampliamente para tratar trastornos emocionales, promover la autoexpresión y mejorar la comunicación. Es especialmente útil en contextos oncológicos, donde los pacientes pueden experimentar un gran estrés emocional. La improvisación facilita la liberación de tensiones y proporciona un medio para que los pacientes exploren sus emociones en un entorno no verbal.
- **Escucha activa (receptiva).** Esta técnica implica la escucha atenta de música seleccionada cuidadosamente para inducir estados de relajación, evocar recuerdos, o facilitar la expresión emocional. Es una herramienta poderosa para ayudar a los pacientes a conectar con sus sentimientos de una manera controlada y dirigida. La escucha activa es efectiva en el manejo del dolor, la reducción de la ansiedad y en el apoyo a pacientes en cuidados paliativos. Es un componente clave del Modelo de Imaginación Guiada y Música (BMGIM), donde la música actúa como catalizador para el acceso a estados de conciencia profundos y la resolución de conflictos internos.
- **Canto y vocalización.** Permiten a los pacientes expresar sus emociones de manera directa, al tiempo que mejoran la respiración y la concentración. Esta técnica puede ser estructurada o improvisada, dependiendo de las necesidades del paciente. Es particularmente eficaz en el tratamiento de enfermedades respiratorias, así como en la reducción de la ansiedad y la depresión. Cantar puede ayudar a los pacientes oncológicos a fortalecer su sentido de identidad y autoestima, creando un espacio donde pueden sentir un mayor control sobre su cuerpo y emociones.
- **Composición de canciones.** La composición musical involucra la creación de letras y melodías que permiten a los pacientes narrar sus experiencias y procesar sus emociones de manera estructurada. Esta técnica fomenta el sentido de logro y empoderamiento, ayudando a los pacientes a encontrar un propósito y significado en sus luchas. Permite a los pacientes expresar su experiencia de enfermedad y recuperación de manera creativa, proporcionando un canal para la autoexpresión que puede ser menos amenazante que la conversación directa.
- **Percusión y movimiento rítmico.** Esta técnica implica la creación de ritmos utilizando instrumentos de percusión y el movimiento corporal, lo que ayuda a los pacientes a liberar tensiones emocionales y físicas acumuladas. Es utilizada en

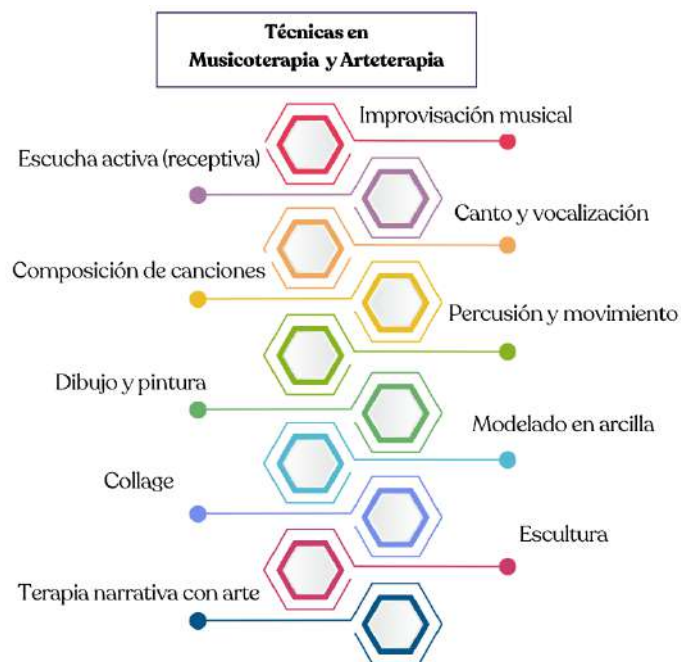
rehabilitación física y en el tratamiento de trastornos del espectro autista, así como en contextos oncológicos, donde puede mejorar la coordinación, promover la relajación y facilitar la expresión emocional de manera no verbal.

Respecto a las técnicas de arteterapia, como el dibujo, la pintura y el modelado en arcilla, proporcionan un medio visual para la externalización y el procesamiento de conflictos internos, siendo especialmente efectivas en el tratamiento de traumas, ansiedad y depresión^[305,311,318].

- **Dibujo y pintura.** Permiten a los pacientes expresar sus sentimientos y conflictos internos a través de la creación visual, proporcionando un medio de comunicación que no requiere la verbalización directa. Son herramientas esenciales en el tratamiento de traumas, ansiedad y depresión. En el contexto oncológico, el dibujo y la pintura ayudan a los pacientes a externalizar el dolor y la angustia, facilitando el procesamiento de sus experiencias en un formato visual que puede ser más fácil de manejar.
- **Modelado en arcilla.** Permite a los pacientes canalizar sus emociones y explorar sensaciones táctiles, promoviendo la resolución de conflictos internos a través de la manipulación de un material tangible. Es particularmente útil en el tratamiento de la ansiedad y en terapias con pacientes que han sufrido abuso o trauma, proporcionando un medio de expresión que es a la vez físico y simbólico, permitiendo la externalización del dolor y la reconstrucción del yo.
- **Collage.** Facilita la construcción de narrativas personales a través de la combinación de imágenes y materiales diversos, permitiendo a los pacientes explorar y reconstruir su identidad en un formato controlado y visualmente accesible. En pacientes oncológicos, el collage ofrece una manera de articular y reorganizar su experiencia de la enfermedad, permitiendo una visión más integradora de su proceso de recuperación.
- **Escultura.** Proporciona un medio de trabajo tridimensional en el que el paciente puede representar sus conflictos desde una perspectiva material y tangible.
- **Terapia narrativa con arte.** Combina la creación artística con la narración de historias, permitiendo a los pacientes reestructurar sus experiencias y abordar conflictos emocionales en un marco narrativo seguro. Especialmente útil en el tratamiento de trauma y en la reconstrucción de la identidad. En pacientes oncológicos, esta técnica ofrece una manera de reinterpretar su experiencia de la enfermedad, facilitando un sentido de coherencia y control sobre su narrativa

personal.

Ilustración 3: Técnicas de Musicoterapia y Arteterapia en el proceso creativo.



Enriqueciendo el Proceso Terapéutico: combinación de técnicas.

La integración de técnicas de musicoterapia y arteterapia dentro de un proceso terapéutico combinado ofrece una valiosa oportunidad para atender de manera integral las complejas necesidades emocionales, psicológicas y físicas de los pacientes oncológicos. Cada técnica contribuye de manera única, pero complementaria, al proceso terapéutico, facilitando no solo la expresión de emociones difíciles de verbalizar, sino también el procesamiento de experiencias traumáticas y la promoción del bienestar general.

Por ejemplo, la combinación de la improvisación musical con el dibujo permite al paciente explorar y expresar sus emociones a través de diferentes modalidades, reforzando la comprensión y el manejo de sentimientos profundos. De igual manera, crear un collage mientras se escucha música receptiva ofrece un espacio seguro en el que el paciente puede reorganizar y reinterpretar su narrativa interna, lo que resulta en un apoyo emocional significativo.

Este enfoque multimodal potencia la eficacia del tratamiento al personalizar la terapia según las necesidades específicas del paciente en cada etapa de su proceso. La sinergia entre las técnicas de musicoterapia y arteterapia no solo enriquece el proceso

terapéutico, sino que también integra cuerpo, mente y espíritu en una intervención holística, promoviendo una recuperación más equilibrada y completa.

Por tanto, es fundamental que el terapeuta creativo planifique cuidadosamente la selección y combinación de técnicas, adaptándolas a las circunstancias individuales de cada paciente. Este enfoque garantiza que la terapia sea integral y específica, potenciando las posibilidades de sanación y bienestar. Así, la fusión de estas disciplinas no solo enriquecerá el tratamiento, sino que también reforzará un enfoque verdaderamente humanizado y centrado en el paciente, vital para quienes afrontan esta enfermedad.

6.3 ARTETERAPIA Y MUSICOTERAPIA EN EL PACIENTE ADULTO CON CÁNCER.

Como anteriormente he citado, entre las terapias creativas, se encuentra la arteterapia. "La arteterapia es útil en el ámbito de la atención oncológica, puesto que ya se ha demostrado la eficacia de diversas actividades artísticas para paliar el dolor, sea este físico o psíquico, pues permite elaborar el cúmulo de emociones que no han podido ser procesadas durante el tratamiento sanitario y procura efectos beneficiosos en los pacientes, que se traducen en un aporte de placer y tranquilidad"^[271,319-321].

La arteterapia enfoca con profundo respeto la biografía de las personas, su narración vital, sus recursos creativos y su lenguaje artístico propio potencialmente disponibles para expresarse en todo momento del acompañamiento. Desde el inicio del diagnóstico hasta la última fase de la vida del paciente, pero también en las dificultades que afrontan los familiares y en el estrés laboral que experimentan los profesionales sanitarios ante mucho sufrimiento difícil de atender, el Arteterapia sin duda, tiene muchos beneficios que aportar"^[276].

Existen numerosos estudios que evidencian la importancia de los factores psicobiosociales en la aparición y gestión de enfermedades como el cáncer. Durante la enfermedad oncológica, el manejo del estrés y la ansiedad resultan ser prioritarios. Las prácticas mente cuerpo, tienen un poder modulador sobre los aspectos biopsicosociales y han demostrado reducir los biomarcadores en el estrés, la depresión y la ansiedad^[320,322-324].

Científicamente se ha demostrado que el entrenamiento en los procesos creativos genera positivismo y entusiasmo, ayuda a disminuir el estrés y reducir el dolor^[271,323,325,325-329]. “En una situación de amenaza, nuestros niveles de atención y creatividad se ven afectados de manera negativa, impidiéndonos ver la experiencia tal y como es, lo que inevitablemente obstaculiza la toma de decisiones y la trascendencia de la enfermedad. Es por ello, que el entrenamiento creativo es tan importante en los procesos oncológicos, Facilita herramientas psicoemocionales que ayudan a afrontar la enfermedad, puede ayudar a generar neuroplasticidad y favorecer una mente más flexible”^[328,330-332].

En una revisión sistemática, realizada en 2010 sobre el impacto de la arteterapia en pacientes oncológicos, se mostró que la terapia artística mediante dibujo y pintura, resulta ser beneficiosa de varias maneras^[333]. Por un lado, los resultados fueron una disminución de ansiedad y de la depresión, y por otro lado un aumento en la calidad de vida, efectos positivos en el crecimiento personal, afrontamiento, en el desarrollo de una nueva autoexpresión y la interacción social^[271].

En definitiva, la mayoría de estudios llevados a cabo con pacientes oncológicos, concluyen con datos significativos en la reducción de los marcadores de depresión, ansiedad y síntomas somáticos. Sabemos que el estrés, la depresión y la ansiedad contribuyen a los procesos de inflamación, por tanto, complementar el tratamiento clínico con un abordaje arteterapéutico puede ser interesante para reducir los efectos de estos biomarcadores^[334-336].

Por otro lado, la musicoterapia, de entre las diversas definiciones existentes mostramos la que ofrece la "*World Federation for Music Therapy*": "Musicoterapia es la utilización de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta profesional, con un paciente o grupo, en un proceso diseñadora promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización otros objetivos terapéuticos para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas. Los objetivos de la musicoterapia son desarrollar el potencial y/o restaurar las funciones de la persona de manera que pueda conseguir una mejor integración intra y/o interpersonal, y consecuentemente, una mejor calidad de vida, a través de la prevención, rehabilitación o tratamiento"^[337].

Otra definición interesante es la que aporta la "*American Music Therapy Association*":

“una profesión sanitaria consolidada que utiliza la música para abordar las necesidades físicas, emocionales, sociales, cognitivas y espirituales de las personas. Los musicoterapeutas utilizan diferentes técnicas clínicas basadas en la música a fin de mejorar la calidad de vida de las personas en una variedad de enfermedades o discapacidades, y utilizan la música e intervenciones basadas en la música sustentadas en las necesidades y preferencias de los pacientes”^[338].

En el año 1978, se establece el punto de partida de la Musicoterapia en el contexto oncológico. Desde entonces numerosos estudios han ido ampliando el marco teórico de esta disciplina difundiendo los beneficios de la misma en este ámbito. Musicoterapeutas como O’Callaghan y Hiscock comienzan a utilizar el término *“Musicoterapia Oncológica”* haciendo así referencia a intervenciones con musicoterapia que van dirigidas a enfermos oncológicos de todas las edades, con diferentes pronósticos de cáncer y momentos de la enfermedad^[339,340]. El estudio Cochrane^[341] muestra como la musicoterapia es una intervención terapéutica y un coadyuvante efectivo, pues ofrece un enfoque multimodal e integral permitiendo cubrir así, las necesidades del paciente tanto a nivel fisiológico como psicosocial y espiritual^[340,342].

Al evaluar la eficacia de la musicoterapia oncológica, es fundamental distinguir entre las denominadas intervenciones musicales en medicina *“Music Medicine Interventions”* en donde el paciente escucha música grabada que es ofrecida por un profesional sanitario y la musicoterapia propiamente *“music therapy”* que requiere la implementación de una intervención musical por parte de un musicoterapeuta profesional, la presencia de un proceso terapéutico y la aplicación de experiencias musicales personalizadas y adaptadas al paciente y su proceso^[339,343,343,344].

Tal y como anteriormente hemos recalcado, las necesidades clínicas del paciente con cáncer son tanto de tipo físico como psicosocial y espiritual, y pueden ser abordadas desde el campo de la musicoterapia. Cabe recalcar que una de las características de la música es su multidimensionalidad, permitiendo así cubrir una diversidad de necesidades, pudiendo ofrecer acompañamiento y apoyo durante todo el proceso oncológico a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad.

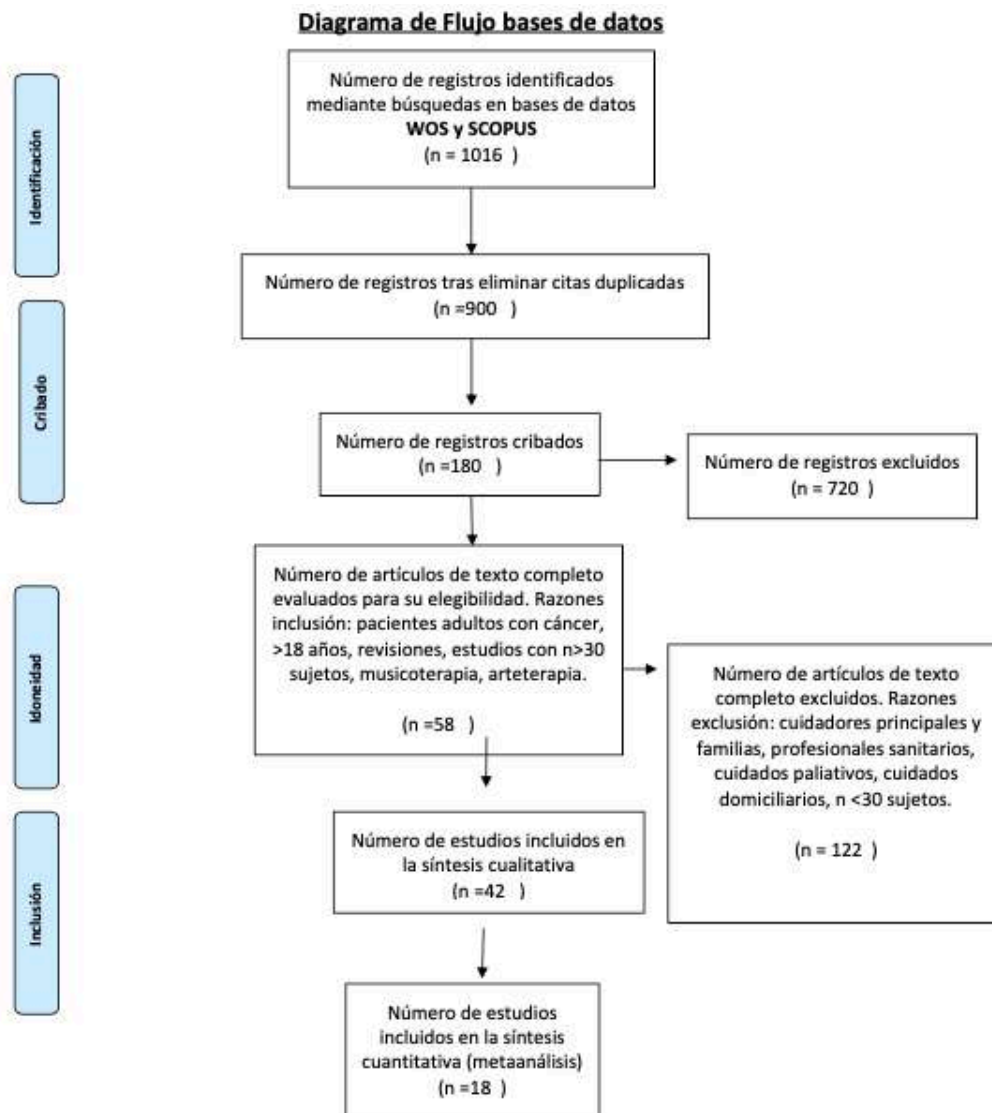
Por tanto, la terapia creativa en el ámbito sanitario se ha consolidado como una herramienta complementaria de gran valor en el tratamiento clínico tradicional. En un entorno multidisciplinar que involucra psicología, medicina, fisioterapia, enfermería y

trabajo social, estas terapias proporcionan un enfoque integral para abordar las múltiples necesidades de los pacientes oncológicos. El equipo sanitario, al detectar malestar emocional en estos pacientes, tiene la responsabilidad de tratarlo adecuadamente y, si es necesario, remitirlos a profesionales especializados en psicología. Este enfoque colaborativo no solo refuerza la eficacia del tratamiento médico, sino que también resalta la dimensión humana del paciente, favoreciendo la mejora de su bienestar psicoemocional y, en consecuencia, elevando la calidad de la atención proporcionada.

Musicoterapia y arteterapia, como terapias complementarias, realizan un abordaje integral del paciente oncológico, dándole importancia a su dimensión humana. Estas terapias han demostrado ser efectivas en la reducción de la ansiedad, la depresión y el estrés, así como en la promoción de la relajación y la comunicación, y en la mitigación del dolor. En este sentido, un seguimiento psicológico adecuado, en conjunto con estas terapias, asegura una atención más holística, que considera no solo los aspectos físicos sino también los emocionales y espirituales del paciente.

No obstante, para profundizar más en el conocimiento de los beneficios de estas terapias creativas en pacientes con cáncer, se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo las recomendaciones de "*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*" (PRISMA)^[345]. La búsqueda se llevó a cabo en seis bases de datos relevantes (PubMed, Web of Science, y SCOPUS) con una delimitación temporal de 2018-2023. De los 180 estudios identificados, 60 fueron evaluados para su elegibilidad al cumplir con los criterios de inclusión: pacientes con cáncer mayores de 18 años, independientes para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y en tratamiento oncológico curativo. Se excluyeron estudios con menos de 30 sujetos, estudios piloto, cuidados paliativos o domiciliarios, así como aquellos que incluían a familiares, cuidadores principales o profesionales sanitarios.

Tabla 1: Diagrama de flujo bases de datos.



Teniendo en cuenta todo lo anterior, ahora nos centraremos en algunos de los estudios ya realizados con pacientes con cáncer que sufren complicaciones propias de la enfermedad oncológica, y en cómo la arteterapia y la musicoterapia pueden ser una terapia complementaria al tratamiento clínico efectiva en la mejora de sintomatología psicológica y física a corto plazo, produciendo una reducción de síntomas de ansiedad, depresión, estrés, síntomas secundarios al tratamiento (náuseas, vómitos, pérdida de apetito, estreñimiento) y la mejora de variables de calidad de vida imagen corporal^[346].

En una revisión sistemática, en septiembre de 2018, se realizaron búsquedas en cinco bases de datos electrónicas en busca de ensayos controlados aleatorios que evaluaran la efectividad de la musicoterapia sobre la calidad de vida, ansiedad, depresión y dolor

de pacientes con cáncer. Se incluyeron en este estudio un total de 19 ensayos que evaluaron a 1.548 pacientes, de los cuales 765 estaban en el grupo de control y 783 en el grupo experimental. En comparación con la atención estándar, la musicoterapia puede aumentar significativamente la puntuación de la calidad de vida general en pacientes con cáncer. Además, se descubrió que la musicoterapia es más eficaz para disminuir la puntuación de ansiedad, depresión y dolor^[347].

En 2020 se ha publicado y revisado una revisión sistemática y un metaanálisis. Un conjunto de ensayos controlados aleatorios y no aleatorios en relación a la musicoterapia en el tratamiento psicosocial de pacientes adultos con cáncer en diferentes fases del tratamiento oncológico, pretendiendo así sintetizar la evidencia de la musicoterapia en diferentes fases del tratamiento oncológico. Concluyó que la musicoterapia puede mejorar los resultados de salud, siendo estos durante el tratamiento oncológico curativo más prometedores con respecto a la ansiedad, depresión, mientras que durante el tratamiento paliativo se informaron mejores en relación a calidad de vida, bienestar espiritual, dolor y el estrés. Se dedujo que la musicoterapia puede mejorar los resultados de salud relevantes en pacientes con cáncer y, por tanto, ofrecerse en varias fases de tratamiento^[348].

En relación a la arteterapia, se realizó una búsqueda bibliográfica en 10 bases de datos electrónicas, de las cuales, se incluyeron 29 ensayos controlados aleatorios con un total de 3476 participantes (pacientes adultos con cáncer). Se concluye que la arteterapia basada en la atención plena produjo en los grupos experimentales un efecto de intervención positivo en la reducción de la ansiedad, la depresión, la fatiga y el estrés, así como un aumento de la calidad de vida, el crecimiento postraumático y la atención plena que los encuestados en los grupos de control. Por tanto, las intervenciones de arteterapia basadas en la atención plena, parecen ser prometedoras en la reducción de los síntomas relacionados con los diferentes tipos de cáncer^[349].

En busca de más artículos sobre arteterapia y pacientes adultos con cáncer, entre septiembre de 2009 y 2019, se realizó una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos concluyendo que la arteterapia posiblemente podría ayudar a disminuir los síntomas de ansiedad y depresión y mejorar la calidad de vida en pacientes adultos con cáncer^[350].

En agosto de 2022, se realizó un mapeo de la evidencia actual sobre la efectividad de

las intervenciones de arteterapia en las etapas III y IV del cáncer. Esta revisión destaca la evidencia disponible sobre la efectividad de la arteterapia en pacientes con cáncer avanzado. Los beneficios informados por los autores se agruparon como una mejor condición emocional y espiritual, alivio de los síntomas, percepción de bienestar, satisfacción y ayuda. Sin embargo, se observaron limitaciones notables: solo 1 estudio fue un ensayo controlado aleatorio (ECA) teniendo heterogeneidad en las intervenciones y medidas de resultado, por lo que sigue siendo limitado y presenta desafíos específicos, lo que fomenta una investigación más rigurosa^[351].

A finales de 2022 se examinó la administración clínica y la eficacia de la musicoterapia (MT) en un centro oncológico académico independiente, comparando la eficacia de la "MT" sobre el dolor, la ansiedad y la fatiga entre pacientes adultos en los grupos hematología y oncología. Este estudio respalda la efectividad clínica de la "MT" para abordar las necesidades de los pacientes a lo largo de su curso de tratamiento en un centro oncológico académico y justifica la inclusión de esta terapia complementaria al tratamiento clínico de los servicios de oncología integradora^[352].

Un reciente artículo en 2023 ha estudiado si la música (MT) y la arteterapia (AT) tienen un efecto positivo en la regulación de las emociones en pacientes con cáncer. Se concluye que las terapias de artes creativas pueden reducir el mutismo emocional y el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas justifica por tanto el uso de estas dos terapias complementarias y la necesidad de más investigaciones al respecto^[279].

Este metaanálisis incluyó 25 estudios (8 ensayos controlados aleatorizados y 17 cuasiexperimentales) con un total de 1,489 pacientes oncológicos. La mayoría de los estudios se centraron en pacientes con diagnósticos de cáncer mixtos que estaban recibiendo quimioterapia activa, utilizando intervenciones de arteterapia que incluían pintura, dibujo y escultura. Se observó una mejora significativa en la calidad de vida general y en el aspecto social de la calidad de vida de los pacientes. El análisis narrativo sugirió que la arteterapia podría reducir la depresión y la ansiedad, además de mejorar la autoimagen y la expresión emocional, aunque los resultados sobre la fatiga y el malestar psicosomático fueron inconsistentes. Este estudio realizado en 2024, también resalta la necesidad de ensayos clínicos a mayor escala para confirmar estos hallazgos^[353].

En definitiva, las terapias artísticas creativas, como la musicoterapia y la arteterapia, han mostrado ser efectivas en la reducción del malestar psicológico a corto plazo durante las fases del tratamiento del cáncer. Sin embargo, los resultados deben interpretarse con precaución debido a la heterogeneidad de las intervenciones y a la calidad metodológica limitada de muchos estudios actuales.

Para futuras investigaciones, es crucial incluir moderadores potenciales como información individual sobre los pacientes, con el fin de identificar quiénes se benefician más de los diferentes tipos de intervenciones. Además, es esencial utilizar métodos más rigurosos, como ensayos controlados y aleatorizados, y aplicar evaluaciones ciegas para mejorar la calidad metodológica. También se debe delimitar la eficacia de las terapias según la fase o momento terapéutico y establecer claramente los mecanismos que explican la mejora en cada modalidad terapéutica.

Por lo tanto, es necesario plantear proyectos que midan de manera rigurosa y sistemática los beneficios de la arteterapia y la musicoterapia en la mejora de aspectos emocionales como la depresión, la ansiedad y el distrés en pacientes adultos oncológicos. Solo a través de más ensayos de alta calidad se podrán determinar con mayor precisión los efectos de estas intervenciones complementarias en la atención de apoyo al cáncer.

6.4 TRANSFORMACIÓN Y CATARSIS: EXPLORANDO EL PROCESO CREATIVO EN LA MUSICOTERAPIA Y LA ARTETERAPIA PARA PACIENTES CON CÁNCER.

La musicoterapia y la arteterapia han demostrado ser herramientas fundamentales en el abordaje integral del paciente oncológico, no solo como medios de expresión emocional, sino también como catalizadores de transformación personal. La creatividad, entendida como la capacidad de generar nuevas formas de significado y adaptación a la enfermedad, es un factor crucial en estos procesos terapéuticos. En este contexto, el proceso creativo facilita la reconstrucción de la identidad, la resignificación del sufrimiento y la adaptación psicológica a la enfermedad^[354,355]. Además, estas prácticas promueven un espacio en el que el paciente puede resignificar su experiencia desde una perspectiva más humanizada, favoreciendo su bienestar emocional y psicológico.

El proceso creativo dentro de la musicoterapia y la arteterapia implica una serie de fases interdependientes que permiten al paciente explorar y resignificar su experiencia oncológica^[356-360]. Entre los componentes esenciales se destacan:

- **Catalizador de la creatividad del paciente:** El terapeuta desempeña un papel fundamental como catalizador de la creatividad del paciente, proporcionando un entorno seguro y libre de juicios donde el paciente puede explorar y expresar sus emociones a través de medios artísticos. Este acompañamiento profesional es vital para que el paciente se sienta apoyado y comprendido^[353].
- **Exploración y expresión emocional:** Los pacientes utilizan la música y el arte como vehículos para expresar emociones complejas que pueden ser difíciles de verbalizar. Este acto de creación permite una liberación emocional (catarsis) que puede aliviar el estrés y la ansiedad^[361].
- **Imaginación y reconstrucción:** A través del arte y la música, los pacientes tienen la oportunidad de imaginar nuevas posibilidades y reconstruir su narrativa personal. Esto es especialmente relevante en el contexto del cáncer, donde la enfermedad puede desarraigar la identidad y el sentido de continuidad de la vida^[288].
- **Interacción y conexión:** La interacción con los terapeutas y otros pacientes en un entorno terapéutico crea un sentido de comunidad y apoyo. La música y el arte sirven como puentes que facilitan la conexión y la empatía, fomentando un ambiente de confianza y seguridad^[362].
- **Acompañamiento y evasión:** El proceso creativo permite a los pacientes evadir temporalmente las dificultades de su situación actual, proporcionando un espacio para el acompañamiento emocional y el descubrimiento personal^[363].
- **Conexión con el yo interior:** La creatividad facilita la conexión con el "yo interior" o el "niño interior," permitiendo una mayor autocomprensión y aceptación^[297,364].

Modelos destacados del proceso creativo

Ahora que hemos explorado los componentes esenciales del proceso creativo y reconocido su naturaleza compleja y no lineal, es importante destacar que este proceso ha sido conceptualizado de diversas maneras. A continuación, se destacan dos modelos desarrollados por dos referentes en esta temática: Graham Wallas⁷² y Arthur Koestler⁷³,

⁷² Graham Wallas(1858-1932 Reuno Unido) fue un psicólogo y científico político británico conocido por su modelo de las etapas del proceso creativo

⁷³ Arthur Koestler(1905-1983,Budapest) fue un escritor y periodista húngaro-británico, destacado por su teoría de la bisociación en la creatividad.

ambos ofrecen perspectivas valiosas sobre cómo se manifiesta y se estructura el proceso creativo.

Modelo de Graham Wallas: En su libro "El arte del pensamiento" (1926)^[365], Wallas describe cuatro etapas del proceso creativo que se retroalimentan entre sí:

- **Preparación:** Recogida de información y definición del problema.
- **Incubación:** Circulación de ideas a nivel inconsciente.
- **Iluminación:** Surgimiento de la solución a la conciencia.
- **Verificación:** Evaluación y aplicación de la solución creativa.

Modelo de Arthur Koestler: Koestler introdujo el concepto de "bisociación", que describe la capacidad de integrar dos marcos de referencia distintos para generar nuevas ideas. En el contexto terapéutico, esta capacidad de combinación permite a los pacientes encontrar nuevas perspectivas sobre su experiencia vital^[366].

Transformación a través del Arte y la Música

Ambos modelos justifican que el proceso creativo es una herramienta poderosa en el contexto terapéutico, especialmente en la musicoterapia y la arteterapia. Por tanto, este proceso no solo facilita la expresión y exploración emocional, sino que también actúa como un catalizador para la transformación profunda en los pacientes oncológicos.

En este contexto, la transformación se refiere a cambios significativos en la percepción, comprensión y experiencia de los individuos. Estos cambios pueden incluir:

- **Reconfiguración de la identidad:** La experiencia del cáncer puede fragmentar la identidad del paciente. La creación artística ofrece una vía para integrar estas experiencias fragmentadas y reconfigurar una identidad coherente y resiliente. Este proceso permite a los pacientes encontrar un nuevo sentido de sí mismos, integrando su experiencia de enfermedad en una narrativa personal más amplia y coherente^[365].
- **Resiliencia emocional:** La participación en procesos creativos fortalece la resiliencia emocional, ayudando a los pacientes a enfrentar la adversidad con mayor fortaleza y adaptabilidad. La creatividad se convierte en un recurso interno vital, que los pacientes pueden utilizar para navegar por los desafíos emocionales y físicos de la enfermedad. Este proceso no solo ayuda a reducir el estrés y la ansiedad, sino que también mejora la capacidad del paciente para adaptarse a las nuevas realidades de su vida^[366-368].
- **Empoderamiento y autonomía:** La posibilidad de crear arte o música ofrece un sentido de control sobre la experiencia, generando una sensación de agencia y

participación activa en el proceso de sanación. Este empoderamiento es crucial para el bienestar emocional, ya que permite a los pacientes sentirse activos y participantes en su propio proceso de curación, en lugar de ser meros receptores pasivos de tratamiento^[369].

Ilustración 4: Transformación a través del arte de la música.



Algunas de las investigaciones más significativas realizadas a nivel europeo e internacional en los últimos años, destacan los beneficios del proceso creativo y la transformación personal que puede experimentar el paciente oncológico a través de intervenciones como la arteterapia y la musicoterapia.

En 2019 la Revista Europea de Enfermería Oncológica, evaluó el impacto de dos enfoques artísticos breves en cuidadores de pacientes con cáncer. Participaron 34 cuidadores, quienes recibieron sesiones de 45 minutos de coloración individual o terapia de arte de estudio abierto. Los resultados mostraron que ambos enfoques redujeron el estrés, la ansiedad y el agotamiento, mientras aumentaron el efecto positivo, la autoeficacia y la agencia creativa. Los cuidadores apreciaron el tiempo de evasión y apoyo emocional, sugiriendo que incluso breves intervenciones artísticas pueden ser beneficiosas para manejar el estrés en entornos oncológicos^[370].

Este estudio, realizado en 2022 en la Universidad de Toronto, Canadá, investigó cómo los jóvenes adultos con cáncer enfrentan un mayor riesgo de sufrir angustia relacionada con la identidad, lo que impacta negativamente en su satisfacción con la vida. Los

investigadores examinaron cómo el calor parental y la creatividad narrativa pueden mitigar este malestar. A través de un análisis de 164 participantes, se encontró que la creatividad narrativa tuvo un efecto directo significativo en la reducción de la angustia de identidad, lo que a su vez mejoró la satisfacción con la vida. Estos hallazgos subrayan la importancia de fomentar la creatividad como una intervención psicosocial para mejorar la calidad de vida en pacientes jóvenes con cáncer^[371].

En enero de 2024 se publicó un estudio cualitativo exploró el impacto de un programa de terapia artística de ocho sesiones en adultos en la fase post-aguda del tratamiento contra el cáncer. Utilizando un diseño longitudinal, se realizaron entrevistas en tres puntos de tiempo: antes, durante y después del programa. El análisis reveló cinco temas clave: el papel de la metáfora visual, la influencia del proceso creativo en la identidad personal, la confrontación con la incertidumbre, el apoyo del grupo en el cambio personal, y la importancia del terapeuta en el desarrollo de la seguridad y las relaciones grupales. Estos hallazgos sugieren que la terapia artística grupal puede fomentar el crecimiento postraumático en sobrevivientes de cáncer^[372].

En definitiva, la creatividad juega un papel esencial en el tratamiento oncológico, ya que permite a los pacientes no solo reconstruir su identidad, sino también encontrar nuevos significados y desarrollar una mayor capacidad de adaptación frente a los desafíos que la enfermedad impone. En el proceso terapéutico (*Véase descrito en el apartado 6.2 Proceso terapéutico en Musicoterapia y Arteterapia*), la creatividad no solo mejora el bienestar emocional, sino que también promueve una atención más holística y centrada en la persona.

Para maximizar los beneficios del proceso creativo a través de la arteterapia y la musicoterapia en pacientes oncológicos, es esencial seguir un enfoque basado en la evidencia, que considere al terapeuta como un facilitador clave en el desbloqueo de la creatividad interna del paciente, potenciando así su proceso de sanación integral. Esto incluye:

Implementación proceso creativo en el contexto clínico

- **Evaluación inicial del paciente:** Realización de una evaluación exhaustiva de las necesidades y el estado emocional de los pacientes para establecer una base sólida de intervención. Es crucial utilizar herramientas estandarizadas para medir el impacto

de estas terapias.

- **Planificación terapéutica:** Desarrollo de un plan de intervención personalizado que contemple las preferencias y necesidades individuales de cada paciente, asegurando que las sesiones sean relevantes y efectivas.
- **Intervención creativa:** Realización de sesiones de musicoterapia y arteterapia que faciliten la exploración creativa y la expresión emocional, permitiendo a los pacientes conectar con su yo interior y encontrar nuevos significados en su experiencia. Los programas deben ser personalizados y basados en las necesidades individuales de los pacientes.
- **Evaluación continua:** Monitoreo constante del progreso del paciente y ajuste del plan terapéutico según sea necesario, garantizando así que la intervención siga siendo eficaz y alineada con las necesidades cambiantes del paciente. Según la revisión bibliográfica de las últimas investigaciones en relación, se necesita más investigación para estandarizar y validar las prácticas y medir su efectividad de manera consistente.

Ilustración 5: El proceso creativo en el contexto clínico.



Para aportar una dimensión visual y profundamente significativa al proceso creativo y transformador en la terapia oncológica, decidí colaborar con una artista multidisciplinaria

especializada en desarrollar procesos creativos⁷⁴ así como con un pianista y compositor⁷⁵.

Esta colaboración no surgió solo como una expresión artística, sino como una forma de integrar las artes visuales en el tratamiento oncológico, destacando el poder curativo inherente al proceso creativo. La propuesta que presento a continuación, consistió en crear una videoperformance: "Crear", diseñada para ser interpretada de manera personal y única por cada espectador.

La intención fue que, al visualizarla, las personas pudieran relacionarla con aspectos íntimos de su vida, su experiencia con el cáncer o las etapas del duelo, reflejando así la universalidad y profundidad del proceso creativo. En este sentido, este enfoque busca no solo enriquecer la comprensión teórica del proceso transformador, sino también capturar la catarsis emocional que surge durante la creación artística, permitiendo que cada individuo encuentre un significado personal y resonante en la obra.

"Crear" representa una convergencia innovadora entre ciencia y arte, donde se destaca la importancia de las terapias artísticas como parte integral de un enfoque holístico en el cuidado oncológico. Al integrar este proyecto en la tesis doctoral, se subraya la necesidad de una atención más centrada en la persona, donde las artes visuales y la creatividad se convierten en herramientas poderosas para la transformación emocional y psicológica de los pacientes.

A través de esta videoperformance, se ofrece una visión tangible de cómo la expresión artística puede ser un puente hacia la sanación, reafirmando la importancia de un enfoque interdisciplinario que una ciencias y humanidades en el contexto terapéutico. Para aquellos que deseen explorar esta obra y reflexionar sobre su impacto (*Véase en el apartado ANEXOS 12.3 Proyecto Crear. Transformación y catarsis. Proceso creativo (Apartado 6.4).*)

El encuentro como núcleo del proceso creativo

Alfonso López Quintas⁷⁶ conceptualiza el encuentro como una experiencia relacional y

⁷⁴ Lucía Di Pietro: Artista multidisciplinaria, docente e integradora corporal. Especializada en el desarrollo de procesos creativos en los cuales intervienen pintura, movimiento, audiovisual y performance. Argentina.

⁷⁵ Cristóbal Delgado: Pianista, profesor titulado por el Real Conservatorio Superior de música de Madrid, con más de treinta años de experiencia en la enseñanza musical, Compositor y autor del método "Piano Master". España.

⁷⁶ Alfonso López Quintás, nacido en 1928, es un filósofo español destacado por su enfoque en la creatividad, la ética, y la teoría del encuentro. Con una carrera académica prolífica, ha contribuido significativamente a la filosofía del arte y la educación, subrayando la importancia del encuentro y la transformación personal a través de experiencias creativas y educativas. Su obra incluye numerosos libros y ensayos que exploran cómo las artes pueden facilitar el crecimiento personal y la profundización en el sentido de la vida.

transformadora, donde el individuo se abre a la realidad de manera profunda y significativa, permitiendo que esta lo modifique esencialmente. En el contexto de la arteterapia y la musicoterapia, este encuentro se materializa cuando los pacientes oncológicos se sumergen en la creación artística o musical. Aquí, la creatividad se convierte en un medio introspectivo y profundo, no solo para expresar emociones, sino para permitir que los pacientes reconecten con su identidad, reconfiguren su narrativa personal y se enfrenten a su enfermedad desde una nueva perspectiva.

El arte, como mediador entre el mundo interno del paciente y la realidad externa, actúa como un catalizador de cambio. Esta capacidad transformadora del arte es uno de los pilares centrales en la obra de López Quintás^[372,373], quien argumenta que la creatividad es un proceso dinámico y no lineal, donde el caos inicial se reorganiza en nuevas formas de ser y comprender. Este ciclo continuo de reconfiguración fortalece la resiliencia y autenticidad del individuo, permitiéndole adaptarse y superar los desafíos que la enfermedad impone.

El papel del acompañamiento en este proceso es también fundamental según López Quintás. En arteterapia y musicoterapia, el terapeuta no es solo un guía, sino un acompañante activo que crea un espacio seguro para que el paciente pueda explorar y expresar sus emociones. Este acompañamiento es lo que garantiza que el encuentro sea genuino y transformador. A través del proceso creativo, se alcanza la catarsis, una liberación emocional esencial para la sanación. López Quintás describe este punto como un momento crucial de claridad y purificación, que no solo alivia la carga emocional, sino que abre nuevas perspectivas de entendimiento y reconciliación con la vida^[374].

La videoperformance "Crear" para explorar el proceso creativo en el contexto oncológico es un ejemplo tangible de las ideas de López Quintás. Este proyecto, más allá de ser una simple expresión artística, se configura como un verdadero encuentro, donde el espectador no es un receptor pasivo, sino un participante activo que se permite ser transformado por la obra a través de su interpretación personal. Este enfoque transmite la convergencia entre arte y ciencia, donde la creatividad se convierte en una herramienta poderosa para la transformación personal y la sanación, subrayando la importancia de una atención oncológica verdaderamente holística y centrada en la persona.

Al integrar estas ideas en la práctica de la arteterapia y la musicoterapia, se ofrece a los

pacientes un camino no solo hacia la sanación física, sino también hacia un crecimiento personal que les permite reconciliarse con su identidad y su experiencia de vida, encontrando nuevos significados en medio de la adversidad^[375]. Este enfoque interdisciplinario, que une arte y ciencia bajo la guía filosófica de López Quintás, refuerza la necesidad de una atención más humana, profunda y transformadora en el tratamiento oncológico.

6.5 EVALUACIÓN DE LA ARTETERAPIA Y LA MUSICOTERAPIA EN EL PACIENTE ADULTO ONCOLÓGICO.

Tras un exhaustivo análisis del estado del arte y la implementación de un proyecto de investigación en arteterapia y musicoterapia para pacientes oncológicos (véase desarrollado en el apartado 7. CREACIÓN DE UN PROYECTO DE REHUMANIZACIÓN EN LA ONCOLOGÍA DE ADULTOS A TRAVÉS DE LA ARTETERAPIA Y DE LA MUSICOTERAPIA.), se ha constatado la necesidad de desarrollar herramientas de medida más precisas y específicas para estas intervenciones.

Aunque existen escalas y cuestionarios que monitorean y evalúan aspectos clínico-psicológicos como la ansiedad, la depresión y el estrés, la literatura actual revela una carencia significativa de instrumentos que cuantifiquen de manera adecuada los resultados específicos de las terapias creativas, como la arteterapia y la musicoterapia.

En el transcurso de esta investigación, se observó que las medidas disponibles, aunque útiles para ciertos contextos, no capturan de manera exhaustiva la totalidad de los beneficios que estas terapias pueden ofrecer. Por ejemplo, las escalas de evaluación existentes pueden no reflejar adecuadamente los cambios sutiles en la expresión emocional, la creatividad o el bienestar subjetivo que estas terapias pueden facilitar. Esta falta de herramientas adecuadas limita la capacidad de evaluar el impacto total de las intervenciones y de documentar de manera sistemática sus beneficios.

En el ámbito de la arteterapia, las pocas escalas de diagnóstico disponibles, como la serie de dibujos diagnósticos^[376] o el cuestionario de autoinforme de intervención basada en el arte sobre la experiencia de hacer arte^[377] son herramientas de evaluación u observación no siendo específicamente adecuadas para medir los efectos de la

arteterapia. Es por ello que, al evidenciarse que la arteterapia carecía de medidas de resultados que pudieran usarse para monitorear los efectos específicos de la arteterapia, en febrero de 2021 se desarrolló la escala *Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale* (SERATS)^[378], es un cuestionario válido y fiable, diseñado y validado por Haeyen S, Noorthoon E(2021).

La validez estructural (análisis factorial exploratorio y confirmatorio), la confiabilidad, la validez de constructo y la sensibilidad al cambio se examinaron utilizando dos bases de datos independientes (n=335;n=34) de pacientes diagnosticados con trastornos de la personalidad. Posteriormente, se evaluó la validez convergente de la correlación SERATS con las escalas: "*the EES (Emotional Expressivity Scale)*," "*Emotion Regulation Strategies for Artistic Creative Activities Scale (ERS-ACA)*" y "*Healthy-Unhealthy Music Scale (HUMS)*" en pacientes diagnosticados con un trastorno de la personalidad y, por tanto con problemas de autorregulación y regulación de las emociones (n=179) y una población estudiantil sana (n=53). Completaron los cuestionarios (N=232)^[379].

SERATS mide la autoevaluación de la regulación de la expresión y las emociones en la arteterapia a través de un cuestionario que consta de 9 ítems. Se puntuó en una escala Likert de 5 puntos que va desde nunca cierto (1) hasta siempre cierto (5). La confiabilidad es excelente ($\alpha=0.94$) y la confiabilidad test-retest es alta ($\alpha=0.96$), a pesar de ser un instrumento corto^[378].

SERATS, muestra validez de constructo; validez discriminante y también validez convergente en relación con otros cuestionarios sobre la autoexpresión y la regulación de las emociones en el contexto de la creación artística. Es una herramienta válida, útil y fácil de usar para monitorear el efecto de la arteterapia, contribuyendo a la mejora del funcionamiento emocional saludable. Sin embargo, no ha sido traducido nunca al castellano español.

Por otro lado, las intervenciones de musicoterapia tienen como objetivo crear y desarrollar una relación entre paciente y terapeuta sin embargo también faltan instrumentos de observación validados. En marzo de 2017 se desarrolló la escala "*Music Therapy Session Assessment Scale*" (MT-SAS)^[380], siendo una solución confiable. Una herramienta capaz de evaluar globalmente conductas sonoro- musicales y no verbales relacionadas con sintonía y relación empática entre paciente y terapeuta durante la sesión de musicoterapia activa.

La escala MT-SAS fue creado para evaluar sesiones individuales de musicoterapia activa basadas en relaciones, en todos los campos clínicos. Tras un estudio piloto con cintas de vídeo de 10 pacientes para ayudar a refinar los ítems, definir el sistema de puntuación y mejorar la confiabilidad entre los cinco evaluadores, se realizó un estudio de validación en (n=100) pacientes con diferentes condiciones clínicas a partir del cual, Raglio A, Gnesi M(2017)^[380] validaron la Escala de "Music Therapy Session Assessment Scale" (MT-SAS), diseñada para evaluar la relación entre el terapeuta y el paciente durante las sesiones de Musicoterapia activas.

La escala final constaba de 7 ítems binarios que tenían en cuenta el contacto visual, el semblante y la comunicación no verbal y sonora y musical. En el estudio piloto, se encontró que los evaluadores compartían un nivel aceptable de acuerdo en sus evaluaciones. El análisis factorial exploratorio reveló un único factor homogéneo que incluía 6 ítems (lo que respalda una puntuación total ordinal), y sólo el ítem sobre el contacto visual no estaba relacionado con los demás. Además, mediante análisis de correspondencia múltiple se destacó la existencia de dos perfiles arquetípicos diferentes de conductas sintonizadas y desadaptadas.

Como lo sugieren los resultados consistentes de 2 análisis diferentes, MT-SAS es una herramienta confiable que evalúa globalmente las conductas sonoro-musicales y no verbales relacionadas con la sintonía emocional y la relación empática entre el paciente y el terapeuta durante las sesiones activas de Musicoterapia. Durante todo el proceso se utilizó el MT-SAS italiano y aunque también proporcionan una traducción al inglés, no ha sido traducido nunca al castellano español, motivo por el que se justifica la necesidad de traducir, adaptar y validar ambas escalas al castellano.

6.5.1 JUSTIFICACIÓN DE UN ESTUDIO DE ADAPTACIÓN, TRADUCCIÓN Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO.

Los profesionales sanitarios necesitan herramientas y métodos de análisis que mejoren la eficiencia y precisión de la evaluación clínica. Para los investigadores, es esencial disponer de un contexto clínico que haga útiles y significativas estas herramientas y métodos. La musicoterapia y la arteterapia, como parte de una medicina integrativa, abogan por incluir terapias complementarias al tratamiento clínico convencional, promoviendo un enfoque holístico y transpersonal en el trato con el paciente. Estas disciplinas forman parte de las terapias creativas, utilizando intervenciones basadas en

la evidencia de la música y las artes plásticas para alcanzar objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica, administradas por profesionales acreditados que han completado programas específicos de formación.

Estas terapias han demostrado ser efectivas para aliviar el malestar psicológico a corto plazo durante las fases de tratamiento del cáncer. Sin embargo, es crucial disponer de herramientas de medida que no solo cuantifiquen datos clínico-psicológicos, sino también aquellos específicos de la musicoterapia y la arteterapia. Por ello, es fundamental traducir, validar y adaptar instrumentos como las escalas **SERATS** (*Systematic Evaluation of the Response to Art Therapy Scales*) y **MT-SAS** (*Music Therapy-Specific Assessment Scales*). Estas herramientas están diseñadas específicamente para medir los resultados de las intervenciones creativas, permitiendo una evaluación más precisa y exhaustiva de sus efectos.

A futuro, la implementación de estas escalas especializadas es esencial para avanzar en la investigación y la práctica clínica de las terapias creativas en oncología. Además de mejorar la calidad de la evaluación de los resultados, proporcionan una base sólida para la integración de estas terapias en el tratamiento multidisciplinar de los pacientes oncológicos. De este modo, se garantiza una atención más holística y centrada en el paciente, abordando de manera integral los aspectos emocionales y psicológicos, junto con los físicos. Esto no solo reafirma el compromiso con una práctica médica ética y humana, sino que también facilita una mejor comunicación y colaboración entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia.

En el ámbito de la arteterapia, las pocas escalas de diagnóstico disponibles, como la serie de dibujos diagnósticos^[377] o el cuestionario de autoinforme de intervención basada en el arte sobre la experiencia de hacer arte, son herramientas de evaluación u observación no siendo específicamente adecuadas para medir los efectos de la arteterapia. Es por ello que, al evidenciarse que la arteterapia carecía de medidas de resultados que pudieran usarse para monitorear los efectos específicos de la arteterapia, en febrero de 2021; se desarrolló la escala de regulación de las emociones y la autoexpresión en la arteterapia (SERATS). Es una herramienta válida, útil y fácil de usar para monitorear el efecto de la arteterapia, contribuyendo a la mejora del funcionamiento emocional saludable.

Haeyen S, Noorthoom E, validaron la escala SERATS del holandés al inglés en pacientes diagnosticados con un trastorno de la personalidad y, por tanto con problemas de autorregulación y regulación de las emociones (n=179) y una población estudiantil sana (n=53). Completaron los cuestionarios (N=232), mostrando una alta confiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0,90.

Por otro lado, en el ámbito de la musicoterapia, la mayoría de los terapeutas están acostumbrados a desarrollar sus propios procedimientos de evaluación informales. Estos procedimientos a menudo se completan con el uso de las escalas clínicas que miden síntomas psicológicos y conductuales, como medidas de resultado en ensayos clínicos sobre musicoterapia. La falta de medidas específicas deriva en que los terapeutas e investigadores que necesitan realizar una evaluación objetiva de sus intervenciones, utilicen herramientas que fueron desarrolladas para otros fines^[381-383].

Sin embargo, tras ver que las intervenciones de musicoterapia tienen como objetivo crear y desarrollar una relación entre paciente y terapeuta, destaca la falta instrumentos de observación validados y adecuados para la población específica. Por ello, se está prestando más atención a los procedimientos de evaluación así como a la práctica basada en la evidencia, a las expectativas de financiación y a la difusión. Teniendo en cuenta todo lo descrito anteriormente, en marzo de 2017 se desarrolló la escala MT-SAS^[380], siendo una solución confiable. Una herramienta capaz de evaluar globalmente conductas sonoro- musicales y no verbales relacionadas con sintonía y relación empática entre paciente y terapeuta durante la sesión de musicoterapia activa. Raglio et al, validaron la escala MTSAS del italiano al inglés en la muestra completa de 100 sujetos, obteniendo un alfa de Cronbach total de 0,70 y mostrando una alta consistencia interna y fiabilidad. Esta se ha aplicado a pacientes con diferentes condiciones clínicas.

Sin embargo, no existe en la actualidad una versión del SERATS ni de MT-SAS validada al castellano español. Además, los procesos de validación en otros idiomas como el inglés se han realizado careciendo de algunas de las recomendaciones recogidas en la literatura psicométrica previa^[376,384,385]. Por estos motivos mencionados, se observa la necesidad de validar al español castellano el test citado anteriormente asegurando el mayor rigor psicométrico posible en el proceso.

6.5.1.1 Objetivos

Objetivo principal: Traducir, adaptar culturalmente y validar al castellano español los test : "*The Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS)*" y "*The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS)*".

6.5.1.2 Diseño del estudio y metodología

Diseño del estudio

Observacional, prospectivo, transversal.

Primera fase: Proceso de traducción y adaptación cultural

Dos traductores bilingües con el español como lengua materna (2 holandeses en el caso de "*The Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS)*" y 2 italianos en el caso de "*The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS)*" siendo en cada caso uno de ellos el que conocerá el objetivo del estudio, realizarán dos traducciones independientes, con el consecuente resumen consensuado. Posteriormente, dos traductores bilingües con el holandés como lengua materna en el caso de "*The Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS)*" y el italiano en el caso de "*The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS)*" (ambos desconocerán el objetivo del trabajo) realizarán una traducción inversa, comparándola con la versión original.

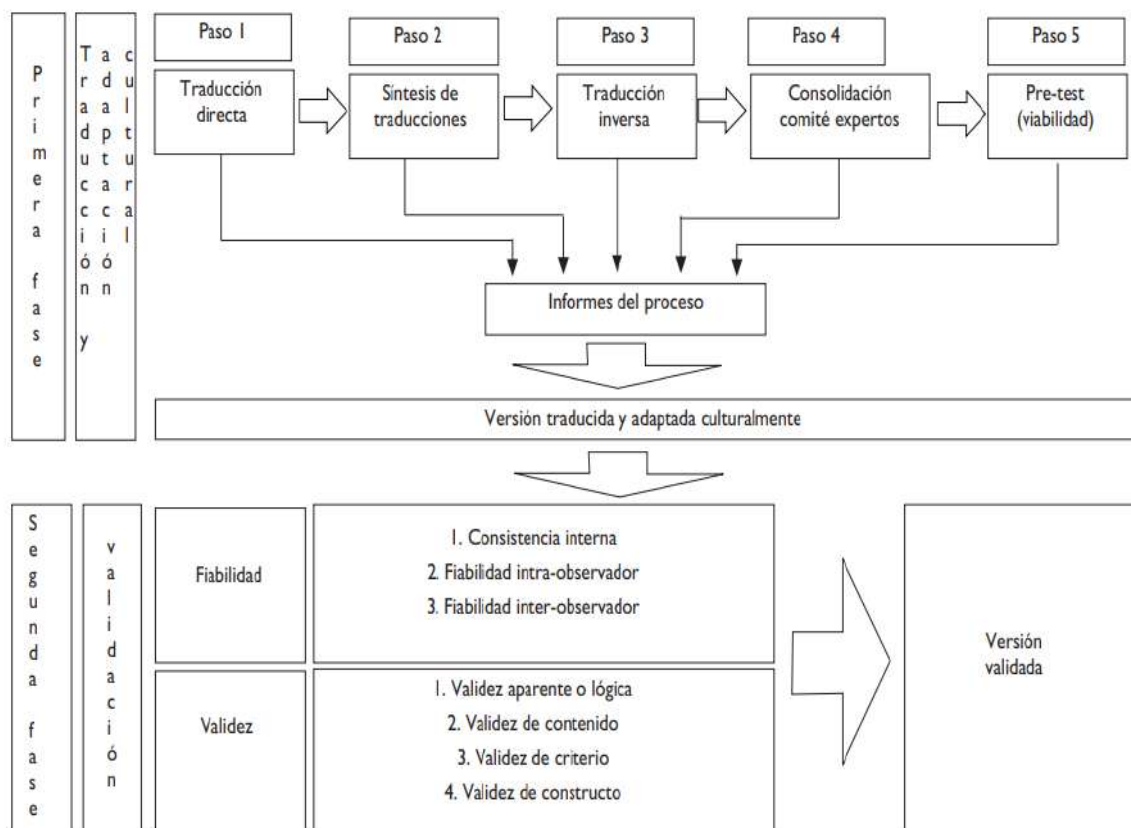
Una vez finalizado, se discutirá dicha versión en un comité de expertos formado por 4 expertos en distintas áreas del conocimiento (oncología, enfermería, psicología, terapias artístico creativas) y un lingüista que rellenarán un cuestionario sobre claridad, coherencia y relevancia para cada ítem de forma independiente (ver anexos). Además, se contará con la colaboración de los autores originales del test para conocer su opinión. Finalmente, la viabilidad, comprensión y adecuación del test será testada con una muestra pequeña de usuarios que reciban sesiones de arteterapia y musicoterapia aplicadas por un terapeuta creativo especializado de forma oficial y regularizada en una fase de pretest como último paso del proceso, con el previo consentimiento de la misma.

Segunda fase: Proceso de validación

La fase de validación de los cuestionarios resultantes de la fase anterior será realizada con una muestra más grande en el caso de SERATS (n=100 pacientes adultos con cáncer que reciban sesiones de arteterapia aplicadas por un terapeuta creativo especializado de forma oficial y regularizada) y en el caso de MT-SAS (n=100 musicoterapeutas

especializados de forma oficial y regularizada). En ambos casos se les pasará el cuestionario para analizar posteriormente las características psicométricas asociadas a evidencias de validez y fiabilidad. A una parte de estas muestras en el caso de SERATS (n=50 pacientes) y en el caso de MT-SAS (n=50 musicoterapeutas) se le contactará de nuevo por medio del investigador principal del proyecto en un periodo aproximado de 1 mes para repetir la administración del test.

Tabla 2: Traducción y adaptación cultural de una escala. Esquema extraído de Blanco et al. (2018)



6.5.1.3 Definición de la población de estudio: criterios de selección

Población de estudio

"*The Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS)*:"

- Pacientes adultos con cáncer que reciban sesiones de arteterapia y musicoterapia aplicadas por un terapeuta creativo especializado de forma oficial y regularizada.

"*The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS)*:"

- Musicoterapeutas especializados de forma oficial y regularizada.

Criterios de inclusión:

"*The Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS)*:"

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con alteraciones en la regulación emocional.
- Pacientes adultos diagnosticados de cáncer con tratamiento activo en el área de oncohematología y radioterapia del Hospital 12 de Octubre de Madrid.
- Pacientes sin deterioro cognitivo.
- Pacientes independientes o levemente dependientes para ABVD.
- Confirmación de la disposición de la paciente a participar en este estudio después de haber sido informado de todos los aspectos del estudio que puedan influir en su decisión, firmando y fechando el impreso de consentimiento informado aprobado por el Comité ético.

"*The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS)*:"

- Musicoterapeutas especializados de forma oficial y regularizada.
- Confirmación de la disposición de la paciente a participar en este estudio después de haber sido informado de todos los aspectos del estudio que puedan influir en su decisión, firmando y fechando el impreso de consentimiento informado aprobado por el Comité ético.

Criterios de exclusión:

"*The Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS)*:"

- Pacientes dependientes para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- Pacientes con déficit auditivo grave.
- Pacientes con deterioro cognitivo.
- Pacientes con trastornos psicológicos y o en tratamiento por el servicio de

psiquiatría.

- Pacientes en situación de últimos días.

"The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS)

- Profesionales del ámbito de la música, sanidad, etcétera... sin especialización de musicoterapia oficial y regularizada.

6.5.1.4 Tamaño muestral y procedimiento del muestreo:

El tamaño de la muestra será de 15-20 pacientes adultos con cáncer que reciban sesiones de arteterapia y musicoterapia aplicadas por un terapeuta creativo especializado de forma oficial y regularizada para la primera fase de traducción y adaptación cultural, y de 100 para la segunda fase de validación, escogidos todos de forma no aleatoria, por conveniencia. Dicha cifra aproximada es la encontrada en otros procesos de validación para estos test a otros idiomas.

Los pacientes que cumplan los criterios de inclusión en el estudio y consientan participar; se seleccionarán a través de: pacientes ingresados en la planta de hospitalización de oncología incluidos proyecto aprobado por el Ceim: 22/245 así como pacientes ambulatorios que acudan a las consultas de oncohematología y radioterapia del hospital, previo aviso y consentimiento por parte de los referentes del área médico y de enfermería. Las sesiones para la primera fase y segunda fase se agruparán según disponibilidad, previo aviso y consentimiento de la supervisión de enfermería, jefe de sección y jefe de servicio; en el aula disponible de cada unidad y/o en el aula de la asociación española contra el cáncer (aecc). En el caso de los pacientes ingresados en la planta de hospitalización de oncología, dichas sesiones se realizarán adecuándose a su entorno en la sala de familiares de la unidad o en su habitación.

6.5.1.4 Variables

Variables principales

Ítems de profesionalidad. Los ítems objeto de estudio pertenecerán a la versión piloto en castellano de:

"The Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS). Se trata de una variable cuantitativa que se obtiene como la suma de las respuestas a los 9 ítems en una escala de 1 ("Nunca cierto") a 5 ("Siempre cierto").

Con respecto al contenido de estos ítems, los participantes cumplimentarán:

- Una evaluación sobre la claridad de cada ítem para el participante (paciente)

mientras realiza el test (Escala Likert 1-5)

- Un cuestionario anexo sobre la viabilidad, adecuación (en tiempo y lenguaje) y comprensión percibida tras la realización del test, en la que se puntuará de 1 ("Nada") a 4 ("Mucho") y se recogerá en formato de respuesta "campo abierto" comentarios u observaciones cualitativas para cada una de las preguntas.
- Futuras entrevistas no estructuradas con aquellos sujetos cuyas respuestas escritas no se entiendan bien o se necesite una ampliación verbal de lo respondido por escrito, con la previa firma del consentimiento informado.

"The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS) Se trata de una variable pseudocuantitativa que se obtiene como la suma de las respuestas a los 7 ítems binarios que tienen en cuenta 1)el contacto visual, 2)la reciprocidad corporal, 3)el semblante y las señales corporales, 4)rechazo, 5)producciones musicales sonoras y 6)producciones sonoro-musicales sintonizadas 7)dinamismo.

El sistema de puntuación en los ítems 2 a 7 se basa en una codificación dicotómica en una escala en términos de 1 ("Estar predominantemente presente") o 0 ("Estar predominantemente ausente"). Tal puntuación debe interpretarse como una escala ordinal de evaluación de seis niveles de la actitud comunicativa no verbal del paciente hacia el terapeuta; cuanto mayor sea el nivel de la escala, más fuerte será la actitud comunicativa.

En el caso del ítem 1) podrían agregarse como + o – representando las puntuaciones 1 y 0, respectivamente, informando sobre la presencia de contacto visual además de otros posibles comportamientos comunicativos. Por lo tanto, MT-SAS puede proporcionar una evaluación pseudocuantitativa de los resultados de la MT de relación y comunicación al final de cada sesión; Esto seguramente resultará útil para dar la oportunidad de observar posibles aumentos o mejoras de estas características a lo largo del tiempo.

Con respecto al contenido de estos ítems, los participantes cumplimentarán:

- Una evaluación sobre la claridad de cada ítem para el autoevaluador (musicoterapeuta) mientras realiza el test (Escala Likert 1-5)
- Un cuestionario anexo sobre la viabilidad, adecuación (en tiempo y lenguaje) y comprensión percibida tras la realización del test, en la que se puntuará de 1 ("Nada") a 4 ("Mucho") y se recogerá en formato de respuesta "campo abierto" comentarios u observaciones cualitativas para cada una de las preguntas.

- Futuras entrevistas no estructuradas con aquellos sujetos cuyas respuestas escritas no se entiendan bien o se necesite una ampliación verbal de lo respondido por escrito, con la previa firma del consentimiento informado.

Además, el comité de expertos cumplimentará para ambas escalas una encuesta sobre: Claridad, Coherencia y Relevancia (Escala Likert 1-5) para discutir la adecuación de la versión traducida (ver anexos)

Secundarias

"The Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale" (SERATS).

- Epidemiológicas: Sexo, edad.
- Sociodemográficas: lugar de residencia, estado civil, hijos, actividad laboral, escolaridad, apoyo social percibido.
- Clínico-patológicas: Diagnóstico, motivo de ingreso o complicación (en el caso de pacientes ingresados), motivo de consulta: nueva consulta, revisión o seguimiento (en el caso de pacientes ambulatorios). Antecedentes clínicos, hábitos *tóxicos*, *tratamiento clínico recibido*.

"The Music Therapy Session Assessment Scale" (MT-SAS):

- Epidemiológicas: Sexo, edad.
- Sociodemográficas: lugar de residencia, tipo de grado universitario o licenciatura, año de formación regularizada en musicoterapia, ámbito de trabajo, especialidad en musicoterapia.
- lugar de residencia, tipo de grado universitario o licenciatura, año de formación regularizada en musicoterapia, ámbito de trabajo, especialidad en musicoterapia.

A continuación, en forma de tabla adjunto la descripción de variables secundarias para ambas escalas:

Tabla 3: Descripción de variables secundarias para la escala SERATS "pacientes".

VARIABLE	DATOS EN RELACIÓN CON LA VARIABLE A ESTUDIAR	TÉCNICA/ INSTRUMENTO
Fase estudio escala SERATS	Fase 1 (20 pacientes)	RECOGIDA A TRAVÉS DE PLATAFORMA QUALTRICS
Pacientes adultos del área de oncohematología y radioterapia	Fase 2 (100 pacientes)	
Fecha de nacimiento	(Variable a completar por el investigador principal.)	
Fecha de inclusión en el estudio	(Variable a completar por el investigador principal.)	
Edad de la inclusión en el estudio	Nº=x	
Sexo	Hombre Mujer	
Años escolarizados	Nº=x	
Formación recibida	Ninguna Primarios ESO Bachiller Grado/Licenciado Postgrado/Grado superior	
¿Cuál es o ha sido su profesión?	(Variable cualitativa a completar por el paciente)	
Estado civil	Soltero/a Casado/a Separado/Divorciado Viudo/a Otros	
Hijos	Si No	
Número de hijos	1 2 3 4 >5	
Medio en el que vive	Urbano Rural	
Convivencia del paciente	Solo En pareja Pareja e hijos Pareja/hijos/padre o madre Con hijos Con amigos	
Apoyo social recibido	Si No	
Tipo de diagnóstico oncohematológico	(Variable a completar por el profesional sanitario)	
Tiempo desde el diagnóstico del paciente	1-2 años 3-5 años 5-10 años >10 años	
Tipo de asistencia	Ingreso en la planta de oncología médica tras complicación de la enfermedad. Consulta nueva Consulta de revisión/ seguimiento.	

Antecedentes psicológicos	No Si depresión Si ansiedad Sí estrés Si otros
Hábitos tóxicos	Alcohol Tabaco Cannabis Otros
Antecedentes clínicos del paciente	(Variable a completar por el profesional sanitario)
Antecedentes de cáncer en familiares	Si No
Cirugía realizada al paciente con cáncer	Sí, conservadora Sí, radical Sí, sin especificar No
Fase de desarrollo del cáncer	1 2 3 4 Metástasis
Tratamiento recibido por el paciente	QTP 0 QTP 1 QTP 2 QTP 3 QTP 4 QTP 5 RTP HORM EC Mixto Ninguno
Otros tratamientos recibidos	Fisioterapia Psicooncología Otros
¿Ha recibido terapias complementarias previamente?	Si No
Pre-Post intervención de terapias artístico creativas	(Variables a completar por el profesional sanitario) Constantes vitales EVA
Tras la intervención de terapias artístico creativas	(Variables a completar por el paciente) Escala SERATS

Tabla 4: Descripción de variables secundarias para la escala MT-SAS "musicoterapeutas, terapeutas artístico creativos".

VARIABLE	DATOS EN RELACIÓN CON LA VARIABLE A ESTUDIAR	TÉCNICA / INSTRUMENTO
Fase estudio escala MT-SAS Musicoterapeutas/terapeutas artístico creativos	- Fase 1 (20 musicoterapeutas) - Fase 2 (100 musicoterapeutas)	RECOGIDA A TRAVÉS DE PLATAFORMAQUALTRICS
Fecha de nacimiento	- (Variable a completar por el musicoterapeuta)	
Fecha de inclusión en el estudio	- (Variable a completar por el musicoterapeuta.)	
Edad de la inclusión en el estudio	- N ^o =x	
Sexo	- Hombre - Mujer	
Paciente del área oncohematología y radioterapia atendido a través de:	- Ingreso en la planta de oncología médica tras complicación de la enfermedad. - Consulta nueva - Consulta de revisión/ seguimiento.	
Tipo de grado universitario	(Variables a completar por el musicoterapeuta.)	
Ámbito de trabajo		
Especialidad en musicoterapia		
Tras la intervención de Musicoterapia	Variables a completar por el musicoterapeuta) Escala MT-SAS	

6.5.1.5 Recogida de datos, análisis y cronograma.

Una vez aprobado el estudio por el Comité ético, el equipo investigador informará a los referentes, jefe de servicio, sección y supervisión del área oncohematológica y de radioterapia del Hospital Doce de Octubre en el que los pacientes se encuentran con un seguimiento activo. Una vez los pacientes sean derivados por sus referentes sanitarios, la terapeuta en terapias artístico-creativas contactará con los pacientes que hayan sido seleccionados, para invitarlos a participar en el estudio. La terapeuta en terapias artístico-creativas y su Equipo de Investigación se comprometen expresamente a adoptar todas las medidas necesarias para que ninguna persona distinta a ella o ajena a su Equipo de Investigación tenga acceso a la Información Confidencial. A este respecto, se gestionarán los datos de carácter personal, de conformidad con las disposiciones de protección de datos, respetándose la confidencialidad de estos datos de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Y en prueba de su conformidad, ambas Partes: paciente y equipo investigador, firmarán el Acuerdo de Confidencialidad, en dos ejemplares y a un solo efecto, en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

Una vez firmado y guardado el CI, debido al carácter extraordinario de estos cuestionarios a través de la plataforma Qualtrics CustomerXM se rellenarán las diferentes escalas. Qualtrics es una herramienta que permite mejorar la experiencia del participante en una investigación a través de soluciones inteligentes e integradas. Permite obtener datos estadísticos y predictivos de una manera más dinámica. En la Plataforma no se incluirá ningún dato identificativo de los participantes /pacientes. Los datos de los participantes recogidos previamente en el cuadro de recogida de datos (CRD según la RGPD) a cargo del equipo de investigación. Serán posteriormente codificados con un código alfanumérico con objeto de poderlos asociar en la plataforma Qualtrics, siendo así los participantes y sus respuestas anónimas. Por tanto, si el participante acepta el CI a, se quedará registrado en la plataforma Qualtrics (gestionada por el equipo investigador). Por último, se les invitará a cumplimentar junto a la supervisión del profesional con acceso a su historia clínica (medicina, enfermería y psicooncología (si fuese necesario) un cuestionario anónimo que recoge los datos sociodemográficos, epidemiológicos y clínico-patológicos. Posteriormente

tras el desarrollo de la sesión de terapias creativas, el participante completará la versión piloto del SERATS (en el que los que cumplimenten el test serán los participantes: pacientes) y MT-SAS (en el que los que cumplimenten el test serán los participantes: musicoterapeutas) adaptados al castellano y el cuestionario anexo sobre la viabilidad, adecuación y comprensión del mismo (ver anexos).

Tabla 5: Resumen recogida de datos participantes del estudio.

PLATAFORMA QUALTRICS				
Cumplimentación de datos			Cumplimentación de escalas a traducir y validar	
Paciente oncohematológico y de radioterapia que cumpla criterios.	VARIABLES DEPENDIENTES		VARIABLES INDEPENDIENTES (pre-post intervención)	
	Sociodemográficos	Epidemiológicos	Clinico-patológicos	-Constantes vitales -Dolor (EVA)
Musicoterapeuta/ Terapeuta artístico creativo.	Sociodemográfico	Epidemiológicos		MT-SAS

Análisis de la información

Para la primera fase de traducción y adaptación cultural, las puntuaciones de los ítems de los test y de los cuestionarios anexos se presentarán con su media y desviación típica. Las variables cualitativas del cuestionario anónimo inicial serán descritas mediante frecuencias y porcentajes. Se utilizará para todo ello el software estadístico R v4.1.

Para la segunda fase de validación se llevarán análisis que estudien la validez de constructo (p.ej. Modelos ESEM, modelos de redes, AFE), análisis de invarianza (p.ej. estudio de DIF por sexo), fiabilidad referida a consistencia interna (p.ej. índices de dificultad, Alpha de Cronbach, Omega ordinal, correlación item-resto del test) o fiabilidad temporal (p.ej. test-retest). Se valorará la posibilidad de aplicar análisis psicométricos de Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) si se cumplen los supuestos necesarios.

Cronograma y plan de trabajo

Tabla 6: Cronograma y plan de trabajo "Traducción, adaptación cultural y validación. Escalas SERATS y MT-SAS.

Fases	Tareas	Ene – Feb 2024	Feb – Marz 2024	Marz – Abril 2024	Mayo 2024	Mayo – Junio 2024	Junio – Nov 2024	Dic. – May 2025	Jun. – Ago 2025	Sep – Dic. 2025	Enero – Marz 2026
Primera fase del proceso de validación (SERATS) y (MT-SAS)	Traducción y retrotraducción (2)										
	Discusión del comité de expertos (3)										
	Pretest piloto. (4) Recogida y análisis										
	Discusión última de la versión final del test en castellano español. (5)										
Segunda fase del proceso de validación (SERATS) y (MT-SAS)	Recogida datos (6)										
	Análisis psicométricos (7)										
	Elaboración de los informes finales (8)										
	Difusión de resultados y publicaciones (9)										

Los resultados del presente trabajo serán difundidos en congresos o revistas cuando finalice la totalidad del proceso en otro estudio.

6.5.1.6 Aspectos éticos

Este estudio se llevará a cabo de acuerdo con los principios éticos que tienen su origen en la Declaración de Helsinki y siguiendo las buenas prácticas clínicas contempladas en la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica. Los datos de los sujetos en investigación estarán sometidos a tratamiento confidencial de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos 3/2018. La investigación se realizará en el marco del respeto a los derechos y libertades fundamentales, con garantías de confidencialidad en el tratamiento de los datos de carácter personal.

Seguro

No aplica

Memoria Económica

Este estudio surge de una iniciativa independiente de los investigadores y no cuenta con financiación específica. No se contempla ningún tipo de remuneración económica.

Evaluación del beneficio-riesgo para los sujetos de la investigación

No se espera un beneficio directo de los participantes por ser incluidos en el estudio. No obstante, los conocimientos obtenidos gracias a los estudios llevados a cabo a partir de la información analizada pueden ayudar al avance científico. El participante no percibirá ningún beneficio económico por la cesión de los datos proporcionados, ni tendrá derechos sobre posibles beneficios comerciales de los descubrimientos que puedan conseguirse como resultado de la investigación efectuada.

Confidencialidad de los datos

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes, se ajustará a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, sobre Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Tanto la Universidad Francisco de Vitoria como el Hospital Universitario Doce de Octubre y los investigadores son responsables respectivamente del tratamiento de los datos y se

comprometen a cumplir con la normativa de protección de datos en vigor. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no incluya información que pueda identificarle, y sólo los investigadores/as podrán relacionar dichos datos con los participantes: pacientes y terapeutas creativos.

Por lo tanto, todos los datos recogidos en el transcurso del estudio serán anónimos y tratados de forma estrictamente confidencial. Los datos solo serán utilizados para desarrollar el estudio y su tratamiento tendrá estrictamente fines estadísticos. El participante podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador encargado del estudio.

Consideraciones prácticas:

Los investigadores se atenderán a las normas de Buena Práctica Clínica. Existirá un archivo de documentación físico y electrónico para todos los datos, que se conservarán íntegros durante los diez años tras la finalización del estudio. La persona responsable de custodiar la base de datos con la información de los sujetos de estudio será el Investigador Principal, Alessia Gutiérrez Delgado.

Difusión de los resultados

Toda la información proveniente del estudio será considerada confidencial. Los Investigadores Principales asumen el conjunto de responsabilidades ligado a esta función, y a la propiedad exclusiva de los resultados del estudio, que podrá explotar libremente, comprometiéndose a publicar los resultados del estudio en una revista científica o a ponerlos a disposición del público tal y como establece la Declaración de Helsinki en el punto 27: "Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y los resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público."

6.5.2 RESULTADOS

1ª Fase: Proceso de traducción y adaptación cultural

El proceso de traducción y adaptación cultural de las escalas SERATS (Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale) y MT-SAS (Music Therapy Session Assessment Scale) fue cuidadosamente diseñado para garantizar la equivalencia semántica y conceptual de los ítems originales en su versión en español. Este proyecto fue desarrollado bajo la supervisión experta de Raúl Castañeda Voz Mediano, quien colaboró estrechamente en todas las etapas del proceso.

El estudio fue ejecutado a través de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), en colaboración con la Fundación Universidad Autónoma de Madrid (FUAM) y la Oficina de Asesoría Lingüística (OAL), la cual fue la responsable directa de la traducción. La financiación para este proceso se logró gracias a una beca proporcionada por la Escuela de Doctorado de la Universidad Francisco de Vitoria (EDUFV), la Universidad Francisco de Vitoria (UFV) y la Fundación Francisco de Vitoria (FUFV), gestionada eficientemente por Pablo López Raso, tutor de esta tesis doctoral.

En esta primera fase, centrada en la traducción y adaptación cultural de las escalas SERATS y MT-SAS, se llevó a cabo un riguroso proceso de traducción. Para la escala SERATS, se realizaron dos traducciones independientes al español seguidas de un consenso que resultó en una versión final, y posteriormente, dos retrotraducciones al holandés, también seguidas de un consenso para obtener la versión definitiva. De manera similar, para la escala MT-SAS, se realizaron dos traducciones independientes al español, con un proceso de consenso para obtener la versión final, seguido de dos retrotraducciones al italiano, que también fueron consensuadas para obtener la versión final. Este cuidadoso proceso aseguraba que los ítems traducidos mantuvieran claridad, relevancia y coherencia respecto a los originales.

En el PASO 4 del proceso de validación, se estableció un grupo multidisciplinar de expertos para evaluar los ítems traducidos. Este grupo estuvo compuesto por Arancha Manzano Fernández (Medicina), Gema González Monterrubio (Enfermería), Santiago Pérez García (Enfermería), Almudena Narváez Arróspide (Psicología) y David Gamella González (Bellas Artes, Terapeuta artístico creativo). En definitiva, destacados profesionales de diversas áreas que revisaron y evaluaron la claridad, relevancia y coherencia de los ítems traducidos,

asegurando su adecuación al contexto español.

A su vez, la colaboración con los autores originales de las escalas, Suzanne Haijen para SERATS y Alfredo Raglio para MT-SAS, fue fundamental. Estas colaboraciones se llevaron a través de reuniones multidisciplinares, tanto presenciales como virtuales, y se complementaron con el uso de la plataforma Qualtrics para la cumplimentación de cuestionarios, lo que facilitó un proceso de validación dinámico, práctico y exhaustivo. Este enfoque meticuloso y colaborativo, se recoge en los documentos de consenso adjunto en (el apartado *12. ANEXOS*) el cual garantiza que las escalas traducidas sean herramientas fiables y válidas para su uso en el contexto español.

Resultados Pre-test 1 Fase:

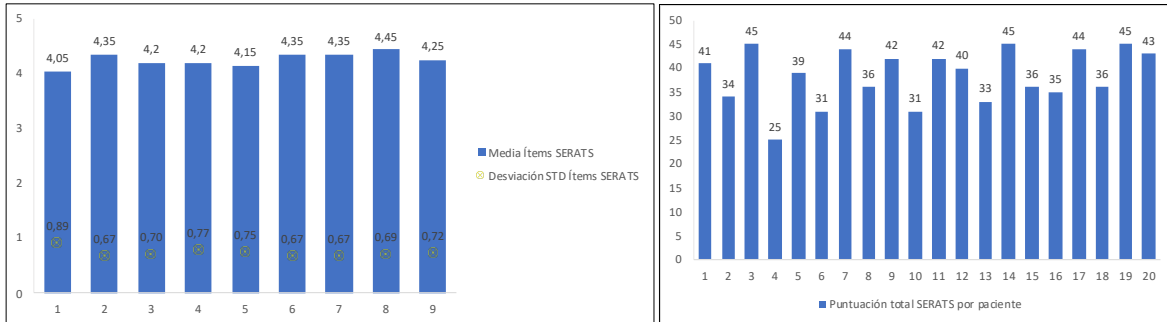
Tras consensuar la versión final de ambas escalas con el comité de expertos y los autores originales, se procedió a la realización de un pre-test con una muestra piloto de 20 pacientes oncológicos hospitalizados en una planta de oncología médica. Estos pacientes formaron parte del grupo experimental de un estudio más amplio, descrito en la tesis doctoral (*véase apartado 7. CREACIÓN DE UN PROYECTO DE REHUMANIZACIÓN EN LA ONCOLOGÍA DE ADULTOS A TRAVÉS DE LA ARTETERAPIA Y DE LA MUSICOTERAPIA.*). La selección de los pacientes para este pre-test se realizó siguiendo criterios de practicidad.

No obstante, en la fase 2 de validación del estudio, se incluirá una muestra de 100 pacientes oncológicos adicionales de toda el área de oncohematología del Hospital. Esta ampliación permitirá una evaluación más representativa y robusta, esencial para la generalización de los resultados obtenidos (*véase apartado 6.5.1 JUSTIFICACIÓN DE UN ESTUDIO DE ADAPTACIÓN, TRADUCCIÓN Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO.*).

Resultados 1 Fase:

SERATS (Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale)

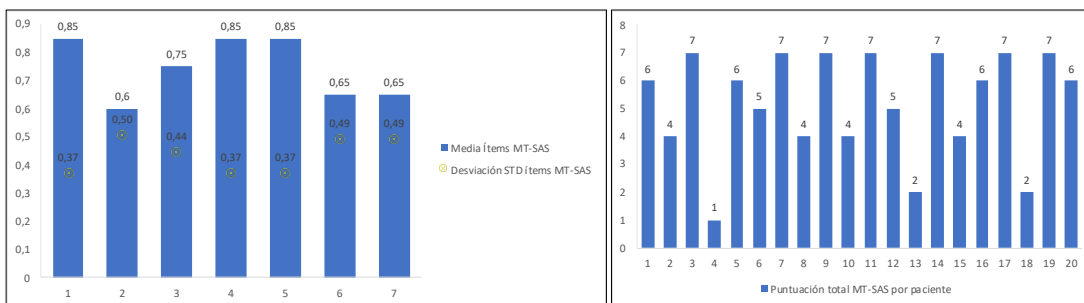
Figura 1: Resultados Pre-test 1ª Fase SERATS



La escala SERATS, diseñada para evaluar la autoexpresión, regulación emocional y autoconocimiento en el contexto de la arteterapia, mostró una media total de 38,35 con una desviación estándar de 5,70, lo que indica una buena consistencia interna en esta muestra piloto. Los ítems que obtuvieron mayores medias fueron el 8 ("El nuevo comportamiento que he experimentado en la terapia expresiva lo puedo expresar, realizar, manifestar fuera de la terapia") y el 6 ("Para mí, las terapias expresivas son una vía de contacto conmigo mismo"). Esto sugiere que los pacientes perciben un alto grado de beneficio en términos de autoconocimiento y la aplicabilidad de los comportamientos aprendidos en terapia a su vida diaria. La desviación estándar, que osciló entre 0,67 y 0,77, refleja una variabilidad moderada en las respuestas, indicando que la escala es capaz de captar diferencias individuales en la autoexpresión y regulación emocional de los pacientes.

Escala MT-SAS (Music Therapy Session Assessment Scale)

Figura 2: Tabla 6: Resultados Pre-test 1ª Fase MT-SAS



La escala MT-SAS, utilizada para evaluar la actitud comunicativa no verbal de los pacientes durante las sesiones de musicoterapia, arrojó una media total de 5,20 con una desviación estándar de 1,91. Los ítems con mayores medias fueron el 1 ("Contacto visual") y el 7 ("Dinamismo"), lo que sugiere que los pacientes mostraron una fuerte disposición a interactuar visualmente y a mantener un dinamismo constante durante las sesiones de musicoterapia.

El ítem 3 ("Expresiones faciales y corporales que denotan implicación emocional") mostró una desviación estándar más alta (0,50), lo que indica una mayor variabilidad en cómo los pacientes expresaron su implicación emocional a través de sus expresiones faciales y corporales.

En conclusión, los resultados de esta 1ª fase piloto sugieren que las escalas SERATS y MT-SAS son herramientas prometedoras para evaluar la autoexpresión, regulación emocional, autoconocimiento, y la actitud comunicativa no verbal en pacientes oncológicos que participan en terapias artísticas y musicoterapia. La variabilidad observada en las respuestas destaca la sensibilidad de estas escalas para captar diferencias individuales en estos dominios. El siguiente paso consistirá en expandir la muestra a 100 pacientes oncológicos adicionales en la fase 2 del estudio, lo que permitirá confirmar la validez y confiabilidad de estas escalas en una muestra más amplia y diversa.

7. CREACIÓN DE UN PROYECTO DE REHUMANIZACIÓN EN LA ONCOLOGÍA DE ADULTOS A TRAVÉS DE LA ARTETERAPIA Y DE LA MUSICOTERAPIA.

El proyecto de investigación planteado:

"ESTUDIO CUASI EXPERIMENTAL, PROSPECTIVO, LONGITUDINAL Y NO ALEATORIZADO DE LA CORRELACIÓN ENTRE LA INTERVENCIÓN DE MUSICOTERAPIA Y DE ARTETERAPIA Y SU POSIBLE EFICACIA EN LA REDUCCIÓN DE ASPECTOS EMOCIONALES COMO LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y EL DISTRÉS EN PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGIA MÉDICA TRAS UNA COMPLICACIÓN PROPIA DE LA ENFERMEDAD EN COMPARACIÓN CON UN GRUPO DE PACIENTES CONTROL";

surge como una necesidad de que las propias enfermeras creamos proyectos innovadores y creativos de divulgación científica relacionados con la mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. Las enfermeras somos las responsables de la calidad de los cuidados del paciente adulto oncológico, así como los profesionales sanitarios más cercanos al paciente y su familia durante las distintas fases de la enfermedad y las posibles complicaciones que implican ingresos hospitalarios.

La musicoterapia y la arteterapia, pueden ser una herramienta complementaria al tratamiento clínico trabajándose junto a un equipo sanitario multidisciplinar. Están reconocidas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)^[386] incluyendo la Terapia Artística como intervención número: 4330, y la Musicoterapia como intervención número: 4400. Son intervenciones derivadas por enfermería y aplicadas por un terapeuta creativo especializado de forma oficial y regularizada, que se encarga de establecer un espacio simbólico seguro, utilizando las artes plásticas y la música como medio para recuperar o mejorar la salud integral de la persona.

Hasta el momento, a nivel nacional no existe ninguna otra investigación de enfermería que se enfoque de manera tan específica y actualizada en la integración de terapias creativas en el tratamiento oncológico. La heterogeneidad de las intervenciones y la calidad metodológica limitada de los estudios previos subrayan la necesidad de un estudio riguroso y exhaustivo que continúe avanzando en esta línea de conocimiento.

Aprovechando mi formación como enfermera especializada en el área oncohematológica, y respaldada por una sólida base en bioética y terapias artístico-creativas, donde me especialicé como musicoterapeuta y arteterapeuta, sentí la imperiosa necesidad de integrar estas disciplinas en un proyecto orientado a la rehumanización del paciente adulto oncológico. Mi objetivo es unir estas áreas de conocimiento para ofrecer un enfoque integral que aborde tanto los aspectos físicos como los emocionales y espirituales del tratamiento oncológico, promoviendo así una atención más compasiva y centrada en la persona.

Esta iniciativa busca evaluar la posible eficacia de las intervenciones de arteterapia y musicoterapia en la reducción de aspectos emocionales como la ansiedad, la depresión y el estrés en pacientes adultos oncológicos. El estudio se llevará a cabo en la planta de hospitalización médica del Servicio de Oncología del Hospital 12 de Octubre de Madrid, comparando un grupo experimental que recibirá estas terapias complementarias con un grupo de control que únicamente recibirá el tratamiento clínico estándar habitual.

La investigación abarcará el periodo de octubre de 2022 a septiembre de 2024, con el objetivo de proporcionar una base sólida para futuras prácticas clínicas y demostrar la importancia de un enfoque integral y humanizado en el tratamiento oncológico.

Este proyecto no solo busca generar evidencia científica de alta calidad, sino también abrir nuevas vías para la incorporación de terapias artísticas en la atención sanitaria, destacando su potencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de una atención más empática y centrada en el ser humano. Para una introducción visual al contexto de la investigación, puede visualizarse el video introductorio disponible en: [<https://youtu.be/r7kntrnsc3o>]."

7.1. HIPÓTESIS

Se pretende demostrar que la musicoterapia y la arteterapia podrían ser una herramienta de apoyo en el tratamiento clínico habitual de diferentes complicaciones derivadas de la patología oncológica, basados en la idea de que el proceso creativo permite que las personas canalicen sus emociones, lo que podría ayudar a sobrellevar o adaptarse a la condición de salud, evitando por otro lado un empeoramiento de los aspectos emocionales del paciente con cáncer.

7.2. OBJETIVOS

7.2.1 Objetivos primarios

- Evaluar la eficacia de las intervenciones de arteterapia y de musicoterapia en la reducción de aspectos emocionales como la ansiedad, depresión y el estrés, en pacientes adultos oncológicos que ingresan en la planta de hospitalización médica del Servicio de Oncología del Hospital 12 de Octubre de Madrid tras una complicación propia de la enfermedad en comparación con un grupo de pacientes control que solo reciben el tratamiento clínico estándar habitual.

7.2.2 Objetivos secundarios

- Describir las características sociodemográficas y clínico-patológicas asociadas a la población de estudio.
- Describir las intervenciones de musicoterapia y de arteterapia, así como los modelos y técnicas utilizados en la población de estudio (grupo experimental).
- Valorar el Índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria (BABVD).
- Valorar cambios en la intensidad de dolor según la Escala Visual Analógica. (EVA).
- Cuantificar la variabilidad en los parámetros fisiológicos (Constantes Vitales).
- Valorar cambios en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).
- Valorar cambios en la Escala Termómetro Estrés y Detección de Malestar Emocional (TD, DME).
- Valorar cambios sobre la Escala de la Salud del Paciente (PHQ9).
- Valorar cambios en la Escala de Impresión Clínica Global (CGI).
- Determinar la correlación de las variables independientes (sociodemográficas, y clínico-patológicas) y las variables dependientes (grado de ansiedad, depresión, estrés) en el grupo experimental y control con el fin de valorar la repercusión de las intervenciones de musicoterapia y de arteterapia.

7.3 MATERIAL Y MÉTODOS

7.3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio cuasi experimental, prospectivo, longitudinal y no aleatorizado en el que se estudiará la correlación de las variables independientes (sociodemográficas y clínico-patológicas), las variables dependientes (grado de ansiedad, depresión, distrés) en los grupos: experimental y control, con el fin de valorar la repercusión de las intervenciones de musicoterapia y de arteterapia.

De acuerdo al diseño del estudio se estima incluir un tamaño muestral de 100 pacientes en total. 50 pacientes en el grupo control y 50 pacientes en el grupo experimental, de forma prospectiva. El método de selección para cada brazo: grupo experimental y grupo control, será no aleatorizado. Siguiendo la lista de comprobación TREND(Transparent Reporting of Evaluations with Non Randomized Designs) publicada en el año 2004^[387] los pacientes que ingresen en la planta de hospitalización del Servicio de Oncología Médica los días impares de cada mes pertenecerán al grupo control del estudio; por otro lado, los pacientes que ingresen en los días pares de cada mes conformarán el grupo experimental.

El grupo control recibirá el abordaje clínico habitual por el equipo multidisciplinar de la planta de hospitalización del Servicio de Oncología Médica del Hospital 12 de Octubre de Madrid que contemplará el registro de: datos sociodemográficos, epidemiológicos, socio-patológicos; Datos clínicos: signos vitales y escalas: EVA. BABVD, DME/TD, HADS, CGI, PHQ9 en el día 1 y 7 de su ingreso hospitalario. Sin embargo, no recibirán ninguna intervención de musicoterapia ni de arteterapia.

El grupo experimental, será quien además de recibir el abordaje clínico habitual por el equipo multidisciplinar el cual contemplará el registro de: datos sociodemográficos, epidemiológicos, socio-patológicos; Datos clínicos: signos vitales y escalas: EVA. BABVD, DME/TD, HADS, CGI, PHQ9 durante el desarrollo de este estudio que contempla los 7 primeros días del ingreso hospitalario; También recibirá una intervención de musicoterapia y de arteterapia proporcionadas por una terapeuta formada en dichas terapias artístico creativas (véase resumen en *Tabla 10: TABLA RESUMEN GRUPO EXPERIMENTAL: TEMPORALIZACIÓN DE RECOGIDA DE DATOS DEL ESTUDIO.* y *Tabla 11: TABLA RESUMEN*

GRUPO CONTROL: TEMPORALIZACIÓN DE RECOGIDA DE DATOS DEL ESTUDIO.)

Por tanto, en ambos grupos: control y experimental, se aplicará el mismo protocolo siendo la intervención de musicoterapia y de arteterapia el único hecho diferenciador. Se trata de un estudio analítico prospectivo ya que la finalidad es evaluar la eficacia de las intervenciones de arteterapia y musicoterapia en la reducción de aspectos emocionales como la ansiedad, depresión y el estrés en pacientes adultos oncológicos que ingresan tras una complicación propia de la enfermedad durante los 7 primeros días de su ingreso hospitalario.

Dada la particularidad de los pacientes que comportan la población elegida para este proyecto, para una mayor interdisciplinariedad, se optará por combinar en cada sesión la práctica de las dos disciplinas de musicoterapia y arteterapia de manera individual revertiendo en una mejora de la calidad de la intervención.

Situándonos en el ámbito hospitalario en el que nos encontramos el cual desarrolla una medicina centrada en la persona, utilizaremos el modelo de Musicoterapia humanista-transpersonal (Método Nordoff & Robbins) y el modelo de arteterapia humanista como herramientas de expresión. Ambos modelos ven la creación artística como algo innato del ser humano, no como una capacidad que tienen algunas personas, por lo que la creatividad interviene en todos los actos y formas de asumir la existencia^[274,388,389].

Esta visión coincide plenamente con el modelo Nordoff-Robbins de musicoterapia, el cual, se basa en la improvisación para buscar una comunicación individualizada que refleje el "aquí y ahora", produciendo cambios musicales. Todo ello se complementa con el enfoque de Arteterapia humanista en el cual se crea una relación entre el paciente y el arteterapeuta a través de la obra creativa que promueve la creatividad del paciente, permitiendo un espacio de expresión y crecimiento personal.

7.3.2 Proceso de selección

El equipo de oncología médica y de enfermería realizará el ingreso del paciente en el Servicio de Oncología Médica. El proceso de selección se realizará teniendo en cuenta el diseño del estudio, así como el proceso de selección para el grupo control y experimental. Centrándonos en el grupo experimental, si el paciente cumple los criterios de inclusión del estudio, se avisará a la terapeuta artístico creativa para que realice la visita inicial pre-

estudio.

7.3.3 Pre-estudio

La terapeuta en terapias artístico-creativas contactará con los pacientes que hayan sido seleccionados tras su ingreso hospitalario, para invitarlos a participar en el estudio. En el consentimiento informado se describirán los procedimientos de selección y estudio, así como los permisos de grabación digital. Una vez se establezca la elegibilidad, se revisará el formulario de consentimiento del paciente y se resolverán las dudas que este pudiese tener. Si el paciente consiente participar en el estudio, firmará el consentimiento informado el cual contempla la ley de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Después de obtener el consentimiento, se rellenará junto al paciente la hoja de registro de musicoterapia y arteterapia inicial, así como se completarán (pre- estudio) los datos: epidemiológicos, sociodemográficos, socio-patológicos, clínicos (constantes vitales) y las diferentes escalas: EVA, BABVD, DME, HADS, CDI, PHQ9 con ayuda del equipo de medicina, enfermería y psicooncología si fuese necesario. Por último, teniendo en cuenta que el proyecto se llevará a cabo durante los 7 primeros días de ingreso hospitalario del paciente; se ubicará la fecha y hora en que se realizarán las intervenciones de musicoterapia y de arteterapia 1º, 2º y 3º que el estudio contempla, cerrando así esta primera presentación.

Las intervenciones de musicoterapia y de arteterapia serán impartidas por una terapeuta formada y especializada en dichas terapias artístico creativas. Tienen una estructura y objetivos establecidos atendiendo a un modo de intervención flexible y dinámica, adaptada a las necesidades y posibilidades del paciente.

Cada sesión comenzará con 10 minutos para crear una relación y asentar la base. Continuará con 20 minutos de creación artística en un entorno tranquilo y de apoyo. Los materiales de artes y de música necesarios para la intervención, estarán al alcance del paciente, sobre la mesa que el terapeuta facilitará.

La terapeuta proporcionará previamente a cada inicio de intervención una breve explicación del uso de los materiales, animando al paciente a explorar y experimentar como desee, guiando y ayudando si fuese necesario.

Se alienta al paciente a minimizar la conversación; al ser una intervención de arteterapia y

de musicoterapia, durante la intervención es posible que se utilicen recursos y/o elementos musicales como puede ser el sonido, ritmo melodía, armonía a través de uno o varios instrumentos. Es posible que se utilice música pasiva o que, de forma activa se toque música instrumental improvisada para fomentar experiencias introspectivas.

La intervención finaliza con 10 minutos de procesamiento, discusión y cierre en los que el paciente tendrá la posibilidad de compartir su proceso durante la intervención y o presentar su creación artística.

La terapeuta podrá responder y/o brindar apoyo, creando una atmósfera tranquila y permaneciendo sintonizada con las verbalizaciones y el lenguaje corporal del paciente. Si lo considera necesario, puede brindar atención orientada a neutralizar las preocupaciones relacionadas con la interpretación durante la creación artística.

7.3.4 Intervenciones

1ª INTERVENCIÓN: "COLOREANDO EMOCIONES".

Justificación:

Paul Ekman psicólogo e investigador, en 1979 se convirtió en uno de los pioneros en el estudio de las emociones y su expresión facial^[390,391]. Estableció seis emociones básicas y universales en todas las culturas. Las emociones primarias están presentes en todas las culturas humanas desde el nacimiento, se intensifican por una expresión facial determinada, juegan un papel esencial en la adaptación del organismo a su entorno, provocan una predisposición a la acción característica (función adaptativa) y perduran a lo largo del tiempo.

Las 6 emociones básicas establecidas por Paul Ekman son las siguientes:

- Ira: sentimiento de indignación o enfado al ser ofendido o agraviado. Su función adaptativa es la autodefensa.
- Alegría: sentimiento de bienestar y satisfacción. Su función adaptativa es la afiliación.
- Asco: sensación de intenso desagrado o condena hacia lo repugnante o repulsivo. Su función adaptativa es el rechazo.
- Tristeza: Sensación de infelicidad o desdicha. Su función adaptativa es la reintegración.
- Sorpresa: asombro o malestar ante un suceso inesperado. Su función adaptativa es la

exploración.

- Miedo: forma de aprehensión que suele ser originada por la percepción o sentimiento de dolor, peligro o amenaza. Su función adaptativa es la protección.

De manera simplificada, tras la madurez neuronal, fruto de la socialización y del desarrollo de las capacidades cognitivas; a partir de la combinación de las emociones primarias surgen las emociones secundarias. Aunque en general hay un gran desacuerdo sobre la clasificación de las emociones secundarias. El psicólogo Rober Plutchik^[392,393] tiene un modelo bastante complejo denominado la rueda de emociones. Este modelo representa las emociones básicas y como estas se combinan generando las secundarias en forma de gráfico. Basándonos en la clasificación de Rober Plutchik, se tendrán en cuenta las siguientes emociones secundarias:

- Vergüenza
- Culpa
- Orgullo
- Placer
- Celos
- Agresión
- Alarma
- Amor
- Ansiedad
- Cinismo
- Curiosidad
- Decepción
- Deleite
- Desesperación
- Desprecio
- Dominación
- Envidia
- Fatalismo
- Incredulidad
- Indignación
- Morbosidad
- Optimismo
- Pesimismo
- Remordimiento
- Sentimentalismo
- Sumisión

Por otro lado, ¿las emociones tienen color? Y si es así, ¿Cuáles son? A partir de nuestra experiencia podemos asociar colores con ciertas emociones. A grandes rasgos los colores se dividen en 4 grandes familias. Estas 4 familias de colores conforman la base cromática desde la cual se desprende todo un abanico de mezclas, que originan los diferentes matices que pueden percibir los seres humanos.

- Primarios: amarillo, azul y rojo.
- Secundarios: verde, naranja y violeta.
- Terciarios: que se originan de la mezcla entre un color primario + un color secundario.
- Neutros: blanco y negro.

Desde la antigüedad, se viene asociando el color al estado de ánimo, por tanto, a las emociones. Cada color tiene un significado en nuestro subconsciente. A él le asociamos una serie de virtudes y valores que tienen a ir de la mano de la cultura en la que vivimos. Es por ello que cada color tiene una capacidad de expresión, aporta un significado a la persona que lo está percibiendo y provoca una emoción, una reacción. Por tanto, cada persona, tendrá su propia asociación entre emoción- color. El arte fomenta las reacciones emocionales en las personas que disfrutan de él. Del mismo modo que favorece el desarrollo de la imaginación, la capacidad de reflexión y de comunicación, así como la creatividad.

Marc Chagall ⁷⁷ fue un artista francés nacido en Bielorrusia el 7 de Julio de 1887, cuyo trabajo se basa generalmente en una asociación emocional. Definió el arte moderno pintando obras llenas de humor y fantasía que remiten al pasado, a su infancia, al subconsciente, a emociones, a sueños... Marc Chagall plasmó sus vivencias de niño en la mayoría de sus cuadros. El artista creció en un ambiente campesino, por ello en sus pinturas vemos todo lo referente al mundo rural. Muestra la alegría y los sueños que siempre lo acompañaban, mostrando así la vivacidad y el color en obras como: "Autorretrato del artista", "La Casa Gris", "La creación del hombre" y "Crucifixión Blanca".

⁷⁷ Marc Chagall (1887-1985), fue un pintor europeo que cultivó estilos vanguardistas, influencia artística hasta nuestros días. "Marc Chagall desarrolló un estilo pictórico expresivo y colorista muy vinculado a sus experiencias vitales y a las tradiciones religiosas y populares de la comunidad judía rusa. (Disponible en <https://www.museothyssen.org/coleccion/artistas/chagall-marc.>)

Figura 3: "Autorretrato del artista (1914)" y "La casa gris (1917)" de Marc Chagall.



Figura 4: "Creación del hombre (1958)" y "Crucifixión blanca (1938)" de Marc Chagall.



Con la ocupación alemana de Francia durante la Segunda Guerra Mundial y la deportación de los judíos a los campos de exterminio nazis, Marc Chagall tuvo que abandonar París. Por ello, durante estos años el artista se inspiró en las tradiciones judías y rusas, el amor, los hechos históricos y la constante denuncia en contra de los nazis. Aun al precio de evitar problemáticas experiencias que vivió, sus obras comunican felicidad y optimismo a aquellos que las observen. A Marc Chagall le gustaba colocarse a sí mismo (a veces junto a su mujer) como observador del mundo, un mundo de colores y de emociones en donde la representación del estado de ánimo era lo principal.

Figura 5: "París a través de la ventana (1913)" y "Yo y la aldea (1911)" de Marc Chagall.



"Si creo desde el corazón, casi todo funciona, si lo hago desde la cabeza, casi nada".

Marc Chagall.

Temporalización: 40 min.

- 10 min: crear una relación paciente - terapeuta y asentar las bases. (Fase inicial.)
- 20 min de reflexión y o creación artística. (Fase intermedia: exploración y creación.)
- 10 min de procesamiento, discusión y cierre. (Fase final.)

Objetivos:

- Expresar y trabajar las emociones a través de la musicoterapia y la arteterapia.
- Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el estrés en el paciente.
- Reconocer las emociones y los colores.
- Identificar la relación entre las emociones propias y su asociación con los diferentes colores.
- Reflexionar sobre las emociones.
- Comprender las emociones.
- Favorecer el autoconocimiento emocional.
- Fomentar un espacio de expresión y emocional a través del proceso creativo.
- Favorecer la expresión emocional a través del color.

Recursos materiales

- iPad y Apple pencil.
- Aplicaciones: Procreate y Adobe Color.
- Vídeo de apoyo introductorio (Colores, emociones y Marc Chagall). Disponible en el siguiente enlace: [<https://youtu.be/FEQRNB1webQ>].
- Portátil.
- Altavoz y cascos.
- Instrumento armónico: Guitarra, teclado o arpa. (Flexibilidad de elección según valoración del musicoterapeuta).
- Mesa adaptada al paciente para desarrollar la intervención.

Desarrollo:

Fase inicial (10 min).

- Encuentro, crear relación paciente-terapeuta.
- Preparación, conexión previa al inicio de la intervención.
- Explicación de la actividad, sus beneficios y objetivos.
- Previamente al inicio de la actividad, la terapeuta ayudará y guiará al paciente con el uso del material digital y las aplicaciones a utilizar, así como completará las escalas correspondientes a la "pre- intervención 1ª".

Fase intermedia: exploración y creación (20 min).

- La terapeuta dará a conocer que existen emociones primarias y secundarias que se pueden asociar a los diferentes colores primarios, secundarios y terciarios.
- El paciente relacionará emociones y colores según su asociación subjetiva.
- La terapeuta realizará una breve explicación sobre quién era Marc Chagall y una exposición de algunas de sus obras con el fin de que el paciente relacione colores y emociones. Si procede, se facilitará la expresión de estados emocionales en el momento actual a través del proceso creativo.
- La musicoterapeuta podrá utilizar música activa improvisada o pasiva grabada según su valoración.

Fase final (10 min).

- Tras realizar una puesta en común junto al paciente, se procederá al cierre finalizando así esta 1ª intervención.
- Por último, la terapeuta completará el registro de arteterapia y de musicoterapia del paciente, así como las escalas correspondientes a la "post- intervención 1ª".

2ª INTERVENCIÓN: "LIBERACIÓN EMOCIONAL Y ESCUCHA SENSIBLE."

Justificación

Wassily Kandinsky, fue un pintor de origen ruso, más conocido simplemente como 'Kandinsky', nació en Rusia el 5 de diciembre de 1866. Kandinsky⁷⁸ fue el gran teórico y práctico del arte abstracto del siglo XX. Para el arte abstracto la representación del objeto es secundaria e incluso perjudicial: la belleza del arte reside en la riqueza cromática y la simplificación formal. Es la representación de lo esencial del arte, no una burda imitación de la naturaleza, que es de por sí insuperable. Kandinsky estaba preocupado por el materialismo del mundo moderno y veía en la abstracción una vía de liberación del hombre.

Estudió minuciosamente el color y su relación con la psicología, lo que hizo que su legado no se limitara al ámbito artístico, sino que abarcó también aspectos esenciales de lo humano. Su obra más famosa se llama "De lo espiritual en el arte" y la publicó en el año 1912^[394]. Otra de las disciplinas estudiadas por Kandinsky fue la música (a la que llamaba "la más grande maestra"). Influenciado por la escatología cristiana, por la obra de Claude Monet, la música de Wagner y la teosofía⁷⁹;

Kandinsky fue un artista integral y un pensador que creó conceptos completamente nuevos en el arte. Definió a la sinestesia como un componente esencial del arte, su pensamiento trataba de unir tres elementos: sonido, color y sentimiento. Teniendo en cuenta lo anterior,

⁷⁸ "Ruso, alemán y después francés, el pintor Wassily Kandinsky fue el gran teórico (y práctico) del arte abstracto, es decir, este arte en el que la representación del objeto es secundaria e incluso perjudicial: la belleza del arte reside en la riqueza cromática y la simplificación formal. Es la representación de lo esencial del arte, no una burda imitación de la naturaleza, que es de por sí insuperable." (Disponible en: <https://historia-arte.com/artistas/wassily-kandinsky>).

⁷⁹Denominación que se da a diversas doctrinas religiosas y místicas, que creen estar iluminadas por la divinidad e íntimamente unidas con ella. (Disponible en: <https://dle.rae.es/teosofia>)

Kandinsky hace un mosaico de relaciones entre sonidos y colores. Al final todo se traduce en una sinfonía de colores que interactúan de forma armónica.

Es importante destacar que la relación entre sonido y color es un tema de difícil estudio y gran complejidad. Para su comprensión, es fundamental entender que cada persona posee un nivel sensorial distinto que se manifiesta de diferentes maneras de acuerdo a las experimentaciones de cada individuo en particular.

A continuación, a modo de ejemplo resumiré algunas de las conclusiones obtenidas del estudio de "De lo espiritual en el arte", estableciendo las correspondencias entre el color y el timbre de los instrumentos.

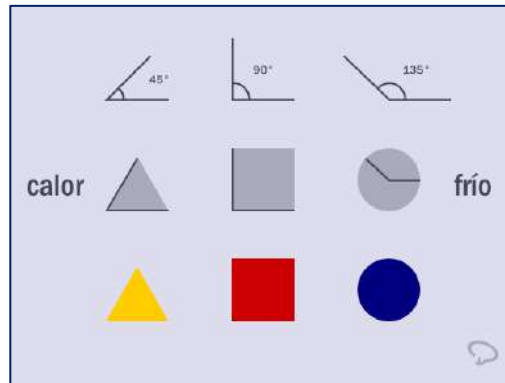
Tabla 7: Correspondencias entre el color y el timbre de los instrumentos. "De lo espiritual en el arte". Kandinsky.

S E G Ú N K A N D I N S K I	COLOR	TIMBRE DE LOS INSTRUMENTOS	
	ROJO	Fuerza Energía Impulso	Suena a trompetas acompañadas de tubas.
	AMARILLO	Excéntrico Agresión	Agudo y penetrante como una trompeta tocada con toda la fuerza.
	AZUL	Concéntrico Introvertido	En su tonalidad mas clara corresponde a la flauta, azul medio al violoncello y el oscuro al contrabajo.
	VERDE	Tranquilo Sin matices	Tonos tranquilos de violín.
	NARANJA:	Campana llamando al ángelus.	Barítono potente. Viola interpretando un largo.
	VIOLETA:	Corno inglés.	Gaita. Cuando es profundo es un fagot.
	BLANCO	Frío. Infinito. No-sonido. Pausa musical.	Pausa musical.
	NEGRO	Silencio eterno.	Musicalmente una pausa completa y definitiva.

A su vez, Kandinsky sugiere la relación entre ángulos y colores y, por extensión, entre formas básicas y colores: el ángulo agudo está más cerca del máximo de **calor** y tiene

por tanto coloración amarilla; el ángulo obtuso está más cerca del máximo de **frío** y tiene entonces color azul; entre estos dos extremos se encuentran el ángulo recto y el color rojo.

Tabla 8:Correspondencias entre ángulos y colores. "Punto y línea sobre plano". Kandinsky.



La apreciación de distintas manifestaciones artísticas a través de la música y las artes tienen propiedades terapéuticas. Por ello, para esta 2ª intervención del estudio, nos inspiraremos en las composiciones del pintor Wassily Kandinsky. En una de sus obras más conocidas es "Amarillo, rojo y azul", es un cuadro abstracto en el que vemos una combinación de manchas de color sobre una superficie, formas geométricas, líneas, puntos y un espacio donde tenemos menos cantidad de elementos que en otros que dan una sensación de tensión, armonía, ritmo... provocando en el espectador una sensación espiritual.

Figura 6: Amarillo-rojo-azul (1925) de Wassily Kandinsky.



La música impacta en nuestro estado de ánimo. Es por ello que, pintar con música, permite interpretar y procesar información sensorial, comprendiendo que, a través de la misma, podemos dar forma a la expresión de cómo nos sentimos.

Temporalización: 40 min.

- 10 min: preparación previa a la intervención. (Fase inicial.)
- 20 min de creación artística. (Fase intermedia: exploración y creación.)
- 10 min de procesamiento, discusión y cierre. (Fase final.)

Objetivos:

- Expresar y trabajar las emociones a través de la musicoterapia y la arteterapia.
- Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el estrés en el paciente.
- Percibir e identificar las emociones en uno mismo y en los demás.
- Comprender que no existen emociones "buenas" o "malas".
- Descubrir la relación de la música, el arte plástico y las emociones propias.
- Trabajar el punto, la línea, las formas geométricas, el color y la disposición en el plano como elementos de expresión de estados emocionales y de sentimientos.
- Fomentar un espacio de expresión emocional a través del proceso creativo.
- Favorecer la regulación emocional.

Recursos materiales:

- iPad y Apple pencil.
- Aplicaciones: Google Arts y Culture, Adobe Color, Procreate, Documents, Youtube.
- Vídeo introductorio (Wassily Kandinsky y su obra; Amarillo, rojo y azul) previo a la actividad. Disponible en el siguiente enlace: [<https://youtu.be/5AK2P7ISQSY>].
- Portátil.
- Altavoz y cascos.
- Mesa adaptada al paciente para desarrollar la intervención.

Desarrollo:

Fase inicial (10 min).

- Encuentro, reubicar relación paciente-terapeuta.
- Preparación, conexión previa al inicio de la intervención.
- Explicación de la actividad, sus beneficios y objetivos.
- Previamente al inicio de la actividad, la terapeuta ayudará y guiará al paciente con el uso del material digital y las aplicaciones a utilizar, así como completará las escalas correspondientes a la "pre- intervención 2ª".

Fase intermedia: exploración y creación (20 min).

- La terapeuta realizará una breve explicación sobre quién era Wassily Kandinsky y su obra: "Amarillo, rojo y azul" a través de un vídeo introductorio.
- Tras la visualización del vídeo introductorio y resolución de dudas. La terapeuta pondrá la canción: Cabalgata de las Walkirias. Richard Wagner.
- El paciente mientras escucha la canción, a través del modelo "Kandinsky", se apropiará de la música, creando sus propias impresiones, procesando información sensorial e interpretando a través de la representación de un dibujo abstracto sus propias emociones.
- La terapeuta facilitará la expresión de estados emocionales a través del proceso creativo.

Fase final (10 min).

- Tras realizar una puesta en común junto al paciente y su proceso creativo, se procederá al cierre finalizando así esta 2ª intervención.
- Por último, la terapeuta completará el registro de arteterapia y de musicoterapia del paciente, así como las escalas correspondientes a la "post- intervención 2ª".

3ª INTERVENCIÓN: "ESPACIO DE EVASIÓN A TRAVÉS DE UN ENTORNO MUSICAL"

Justificación

En esta 3ª intervención, con el fin de beneficiar a nuestro paciente; se trabajarán diferentes técnicas de relajación, que la terapeuta combinará con técnicas de afrontamiento de la enfermedad, con el objetivo de aportar herramientas complementarias al tratamiento clínico

que ayuden en la mejora de la disminución de la ansiedad, el estrés y la depresión del paciente.

• **Mindfulness o conciencia plena con música "relajante"**. Conciencia plena en la respiración y en las emociones. La meditación o conciencia plena, consiste en centrar la atención al momento presente, sirviéndose de un ancla: la respiración (que puede estar en este caso guiada por la música) y así, generar un espacio donde observar los pensamientos que acuden a la conciencia, dejándolos marchar y focalizar de nuevo en el presente. Trabajaremos así tres tipos de respiraciones:

- La respiración muscular progresiva (basada en el contraste de sensaciones que se experimenta al destensar voluntariamente diferentes grupos musculares. Edmund Jacobson, creador de este método: "Descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación"^[395].
- La respiración profunda o diafragmática consiste en ayudarse del abdomen para conseguir una respiración rítmica y profunda.
- La relajación pasiva: sumada a la visualización creativa en la que a través del uso de sugerencias se generan intensas sensaciones de tranquilidad y paz.

• **Visualización creativa a través de música y sonido**. Trabajando así, las emociones propias "aquí y ahora". En la visualización creativa se utilizan recursos simbólicos, donde la persona recrea un escenario que representa una metáfora de su realidad. Para una visualización creativa más eficaz, podemos ayudarnos de la biografía musical de la persona, música activa improvisada o pasiva, incluso descripción con colores, imágenes guiadas, etcétera. Con estas técnicas se pretende entrar en la práctica, en el enteramiento del silenciamiento (decir no a esa voz interior, a esa voz de la conciencia) haciendo un camino que nos conduzca al acercamiento de nuestro centro. La meditación, el mindfulness o conciencia plena, es la aventura de perderse a uno mismo a través del silencio, el cual tiene un poder de transformación de nosotros. Según Pablo D'Ors, sacerdote católico y escritor; autor de *Biografía del Silencio*^[396] afirma: "Quedarse en silencio con uno mismo es mucho más difícil de lo que, antes de intentarlo, había sospechado. No tardé en extraer de aquí una nueva conclusión, para mí resultaba casi insoportable estar conmigo mismo, motivo por el que escapaba permanentemente de mí." "Meditar es entregar tu cuerpo, tu mente y tu

tiempo. La meditación nos concentra, nos devuelve a casa, nos enseña a convivir con nuestro ser, nos agrieta la estructura de nuestra personalidad hasta que, de tanto meditar, la grieta se ensancha y la vieja personalidad se rompe y, como una flor, comienza a nacer una nueva." Gracias a la meditación el autor ha ido descubriendo que no hay yo y mundo, sino que mundo y yo son una misma y única cosa.

Por tanto, cuando la persona se centra en su energía y su respiración no para resolver o responder las preguntas si no para disolverse en ellas amablemente, acepta la realidad de no saber. Integra sus preocupaciones, inquietudes en su día a día. Acepta su realidad tal y como es.

"Las palabras cambian el mundo, pero el silencio nos cambia a nosotros."

Pablo d'Ors.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la terapeuta artístico creativa podrá utilizar distintas técnicas por separado o una conjunción de las mismas con el propósito de trabajar según la necesidad del paciente durante la intervención. Se adaptará a los tiempos del paciente trabajando el objetivo propuesto y finalizará la intervención acorde al paciente, generando una atmósfera propicia, disminuyendo la música paulatinamente, sin abandonar de manera inmediata la relajación.

La aplicación de técnicas de relajación en la vida cotidiana del paciente oncológico, tiene como objetivo conseguir una mejoría en relación a la aceptación de la situación vital y emocional, así como una disminución de la ansiedad, la depresión y el distrés. Es importante que el paciente disponga de recursos para afrontar lo mejor posible el proceso de enfermedad, haciéndose responsable del mismo.

Temporalización: 40 min.

- 10 min: Preparación previa a la intervención. (Fase inicial.)
- 20 min de técnicas de relajación. (Fase intermedia: exploración y creación.)
- 10 min de procesamiento y cierre de la intervención. (Fase final)

Objetivos:

- Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el distrés en el paciente a través de la musicoterapia y la arteterapia.

- Generar un espacio de relajación que fomente un espacio de expresión emocional a través de las distintas técnicas de relajación.
- Favorecer la regulación emocional, aceptación vital y proceso de enfermedad.

Recursos materiales

- Ipad y Apple pencil.
- Portátil.
- Altavoz y cascos.
- Instrumentos armónicos, melódicos y rítmicos (Flexibilidad de elección según valoración del musicoterapeuta).
- Mesa adaptada al paciente para desarrollar la intervención.

Desarrollo:

Fase inicial (10 min).

- Encuentro, reubicar relación paciente-terapeuta.
- Preparación, conexión previa al inicio de la intervención.
- Explicación de la actividad, sus beneficios y objetivos.

Fase intermedia: exploración y creación (20 min).

- La terapeuta artístico creativa podrá utilizar distintas técnicas de relajación por separado o una conjunción de las mismas con el propósito de trabajar según la necesidad del paciente durante la intervención, ayudando y guiando al paciente con el uso de los diferentes instrumentos a utilizar si fuese necesario.
- La terapeuta facilitará la expresión de estados emocionales a través del proceso creativo.

Fase final (10 min).

- Tras realizar una puesta en común junto al paciente y su proceso creativo, se realizará un cierre, finando así la 3ª intervención.
- Por último, se procederá a cumplimentar el registro final de arteterapia y de musicoterapia del paciente, así como las escalas correspondientes post-3ª intervención.

Tabla 9:RESUMEN: Duración intervenciones, objetivos y desarrollo del estudio. GRUPO EXPERIMENTAL.

		OBJETIVOS	DESARROLLO	
El estudio se desarrolla durante los 7 primeros días del ingreso del paciente en el Servicio de Oncología Médica.	PRE ESTUDIO	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre el estudio y resolver dudas. • Firmar consentimientos. • Ubicar intervenciones 1,2,3. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación • Entrega de firmas. • Recogida de datos del estudio. 	
	ESTUDIO	<p>1ªIntervención</p> <p><i>"Coloreando emociones."</i></p> <p>(40min)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar y trabajar las emociones a través de la musicoterapia y la arteterapia. • Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el distrés en el paciente. • Reconocer las emociones y los colores. • Identificar la relación entre las emociones propias y su asociación con los diferentes colores. • Reflexionar sobre las emociones. • Comprender las emociones. • Favorecer el autoconocimiento emocional. • Fomentar un espacio de expresión y emocional a través del proceso creativo. • Favorecer la expresión emocional a través del color. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuentro, preparación y explicación de la actividad. • Relación emociones, colores vida y obras de Marc Chagall. • Si procede, facilitar expresión creativa. • Puesta en común. • Reflexión y cierre. • Complimentación de recogida de datos del estudio correspondientes a la 1ª intervención.
		<p>2ªIntervención</p> <p><i>"Liberación emocional y escucha sensible."</i></p> <p>(40min)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar y trabajar las emociones a través de la musicoterapia y la arteterapia. • Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el distrés en el paciente. • Percibir e identificar las emociones en uno mismo y en los demás. • Comprender que no existen emociones "buenas" o "malas". • Descubrir la relación de la música, el arte plástico y las emociones propias. • Trabajar el punto, la línea, las formas geométricas, el color y la disposición en el plano como elementos de expresión de estados emocionales y de sentimientos. • Fomentar un espacio de expresión emocional a través del proceso creativo. • Favorecer la regulación emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuentro, preparación y explicación de la actividad. • Visualización de un vídeo sobre Wassily Kandinsky y su obra: "Amarillo, rojo y azul". • Representación de un dibujo abstracto mientras se realiza una escucha activa de la canción: "Cabalgata de las Walkirias. Richard Wagner." • Puesta en común. • Reflexión y cierre. • Complimentación de recogida de datos del estudio correspondientes a la 2ª intervención.
		<p>3ªIntervención</p> <p><i>"Espacio de evasión a través de un entorno musical."</i></p> <p>(40min)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el distrés en el paciente a través de la musicoterapia y la arteterapia. • Generar un espacio de relajación que fomente un espacio de expresión emocional a través de las distintas técnicas de relajación. • Favorecer la regulación emocional, aceptación vital y proceso de enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuentro, preparación y explicación de la actividad. • Utilización de diferentes técnicas de relajación según la necesidad del paciente. • Reflexión y cierre. • Complimentar recogida final de datos del estudio.
CIERRE DEL ESTUDIO				

Tabla 10: TABLA RESUMEN GRUPO EXPERIMENTAL: TEMPORALIZACIÓN DE RECOGIDA DE DATOS DEL ESTUDIO.

	<u>(PRE-ESTUDIO)</u> <u>INICIO</u> <u>DEL</u> <u>ESTUDIO</u>	<u>1ªIntervención</u>		<u>2ªIntervención</u>		<u>3ªIntervención</u> <u>CIERRE</u> <u>DEL</u> <u>ESTUDIO</u>
		<u>Pre1</u>	<u>Post1</u>	<u>Pre2</u>	<u>Post2</u>	
Consentimiento informado y de grabación.	X					
Datos sociodemográficos, epidemiológicos, socio-patológicos.	X					X
Datos clínicos: Signos Vitales y Escala EVA.		X	X	X	X	
BABVD	X					X
DME/TD	X			X		X
HADS	X					X
CGI	X	X		X		X
PHQ9	X					X
Hoja registro MTP y ATP (Continuidad intervención)	X	X	X	X	X	X

Tabla 11: TABLA RESUMEN GRUPO CONTROL: TEMPORALIZACIÓN DE RECOGIDA DE DATOS DEL ESTUDIO.

	<u>Día 1 ingreso del paciente</u>	<u>Día 7 ingreso del paciente</u>
	<u>INICIO</u> <u>DEL</u> <u>ESTUDIO</u>	<u>CIERRE</u> <u>DEL</u> <u>ESTUDIO</u>
Datos sociodemográficos, epidemiológicos, socio-patológicos.	X	X
Datos clínicos: Signos Vitales y Escala EVA.	X	X
BABVD	X	X
DME/TD	X	X
HADS	X	X
CGI	X	X
PHQ9	X	X

El proyecto fue revisado por la Comisión de investigación y posteriormente se presentó al Comité de Ética de la Fundación de Investigación del Hospital 12 de Octubre quien evaluó y aprobó el proyecto, previo a su aplicación.

7.4. SUJETOS DEL ESTUDIO

7.4.1 Ámbito del estudio y población diana

Pacientes adultos diagnosticados de cáncer que ingresen en la planta de hospitalización médica del Servicio de Oncología del Hospital 12 de Octubre de Madrid tras una complicación propia de la enfermedad. De acuerdo al diseño del estudio se estima incluir un tamaño muestral de 100 pacientes en total. 50 pacientes en el grupo control y 50 pacientes en el grupo experimental, de forma prospectiva. De forma retrospectiva la previsión de inclusión es aún mayor teniendo en cuenta los registros en el pasado.

7.5. CRITERIOS DEL ESTUDIO

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con alteraciones en la regulación emocional.
- Pacientes diagnosticadas de cáncer que ingresan en la planta de hospitalización médica del Servicio de Oncología del Hospital 12 de Octubre de Madrid tras una complicación propia de la enfermedad.
- Pacientes sin deterioro cognitivo.
- Pacientes independientes o levemente dependientes para ABVD.
- Confirmación de la disposición de la paciente a participar en este estudio después de haber sido informado de todos los aspectos del estudio que puedan influir en su decisión, firmando y fechando el impreso de consentimiento informado aprobado por el Comité ético.

Criterios de exclusión:

- Pacientes totalmente dependientes para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- Pacientes con déficit auditivo grave.
- Pacientes con deterioro cognitivo.
- Pacientes con trastornos psicológicos y o en tratamiento por el servicio de psiquiatría.
- Pacientes en situación de últimos días.

Criterios de retirada:

- Por deseo expreso de la paciente de no continuar en el estudio.
- Empeoramiento clínico que impida la continuidad del estudio.

7.6. VARIABLES

Para cada sujeto se recogerán las siguientes variables:

7.6.1 Variables independientes

- Epidemiológicas (edad, sexo)
- Sociodemográficas: (lugar de residencia, estado civil, hijos, actividad laboral, escolaridad, apoyo social percibido)
- Clínico-patológicas (Diagnóstico, motivo de ingreso o complicación, antecedentes clínicos, hábitos tóxicos, tratamiento clínico recibido)

7.6.2 Variables dependientes

- Constantes Vitales: Tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno.
- Dolor según la Escala Visual Analógica(EVA).
- Nivel de Actividad según el Índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria (BABVD).
- Nivel de Distrés y Malestar Emocional según la Escala Termómetro Distrés y Detección de Malestar Emocional (TD, DME).
- Ansiedad y Depresión según la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS).
- Impresión Clínica, según la Escala de Impresión Clínica Global (CGI).
- Percepción de la salud del paciente según la escala de Salud del Paciente (PHQ9).

7.7. RECOGIDA, ANÁLISIS DE DATOS Y ASPECTOS ÉTICOS

Los datos serán recogidos y codificados por el equipo investigador de este proyecto de manera prospectiva y transversal para su posterior introducción en una base de datos y análisis posterior. Durante el registro y el análisis, se utilizan los códigos de los sujetos, siendo los datos totalmente anónimos.

El reclutamiento de los datos se realizará durante los 18 primeros meses del estudio. Se realizará un análisis descriptivo, mediante medidas de centralización (media) y dispersión (desviación estándar, rango) para las variables cuantitativas, así como el cálculo de la frecuencia absoluta y relativa % para las variables cualitativas.

Para comparar los dos grupos: control y experimental, en las variables cuantitativas se utilizará la prueba estadística T de Student para las variables normales o la U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis en el caso de variables de distribución no normal o de varianzas no homogéneas (aquellas con más de 2 categorías según las variables para el análisis, y sus intervalos de confianza (IC) del 95%).

En las variables cualitativas se utilizará la prueba de Chi cuadrado o la corrección de Yates o el test de Fisher según corresponda. Se considerará un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. En el tratamiento estadístico de datos se utilizará la aplicación estadística Statistics Package Social Sciences (SPSS) o "R".

El registro de los pacientes, con datos que consisten en el nombre y apellidos de los sujetos se mantienen independientes de los datos científicos seudónimos, en un archivo custodiado por el equipo de investigación que se encontrará cifrado mediante contraseña. Así como también lo estarán las grabaciones de audio o audiovisuales y las imágenes o fotografías de las producciones creativas obtenidas en el marco del Proyecto en las que intervengan personalmente los usuarios del grupo experimental.

La terapeuta en terapias artístico creativas y su equipo de investigación se comprometen expresamente a adoptar todas las medidas necesarias para que ninguna persona distinta a ella o ajena a su Equipo de Investigación tenga acceso a la Información Confidencial. A este respecto, se gestionarán los datos de carácter personal, de conformidad con las disposiciones de protección de datos, respetándose la confidencialidad de estos datos de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Y en prueba de su conformidad, ambas Partes: paciente y equipo investigador, firmarán el Acuerdo de Confidencialidad, en dos ejemplares y a un solo efecto, en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

Las conclusiones, reflexiones, tesis o resultados obtenidos por la terapeuta en terapias

artístico creativas y su Equipo de Investigación como producto del desarrollo del Proyecto no tendrán en ningún caso la consideración de Información Confidencial.

7.8 PLAN DE TRABAJO CRONOGRAMA

El plazo para la obtención de los resultados será de 18 meses, siendo estos publicados en conferencias científicas y publicaciones especializadas de acuerdo a la legislación vigente.

Mes	1mes (Marzo 2023)	6meses (Agosto 2023)	15meses (Junio 2024)	18meses (Septiembre 2024)
Reclutamiento de pacientes	+	+	+	
Entrada datos y monitorización	+	+	+	
Análisis estadístico		+	+	+
Publicación				+

8. RESULTADOS PROYECTO DE REHUMANIZACIÓN EN LA ONCOLOGIA DE ADULTOS A TRAVÉS DE LA ARTETERAPIA Y DE LA MUSICOTERAPIA.

8.1 DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS Y PERSONAS EN CUANTO ABANDONO Y RECHAZO

El proceso de reclutamiento y monitorización, que abarcó desde marzo de 2023 hasta junio de 2024, fue gestionado de manera exhaustiva, además de desarrollar las intervenciones, se supervisaron rigurosamente aspectos fundamentales como la inclusión y el seguimiento de los pacientes, garantizando la fiabilidad de los datos.

En total, fueron seleccionados 156 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión predefinidos. Sin embargo, 24 pacientes fueron excluidos en las fases iniciales: 17 pacientes debido a altas hospitalarias, traslados a otras unidades o un empeoramiento clínico significativo, y 7 pacientes que rechazaron participar tras ser informados sobre los objetivos del estudio. Esta fase inicial de reclutamiento representó un reto notable, no solo por las complejidades clínicas de la población oncológica, sino también por la necesidad de asegurar que el estudio se mantuviera dentro de los estándares de investigación científica rigurosa.

Finalmente, 132 pacientes fueron distribuidos en dos grupos: 63 pacientes en el Grupo Control y 69 pacientes en el Grupo Experimental. Estos pacientes cumplían con todos los criterios de inclusión y aceptaron participar activamente en el estudio. Sin embargo, a lo largo del desarrollo del estudio, se produjeron diversas incidencias que llevaron a la exclusión o abandono de algunos participantes.

Grupo control (N = 63)

En el grupo control, 8 pacientes (12.70%) fueron excluidos debido a razones clínicas como altas hospitalarias antes de completar el estudio, progresión de la enfermedad, traslado a otros servicios, situación paliativa o SVUD. Además, 3 pacientes (4.76%) no lograron completar las escalas de evaluación requeridas, lo que impidió su continuidad en el estudio, y 2 pacientes (3.17%) presentaron pérdida de datos, imposibilitando su inclusión en los

análisis estadísticos finales.

A pesar de estas dificultades, se continuaron incluyendo pacientes hasta alcanzar el número objetivo de 50 pacientes que completaran el estudio en cada grupo.

Grupo Experimental (N = 69)

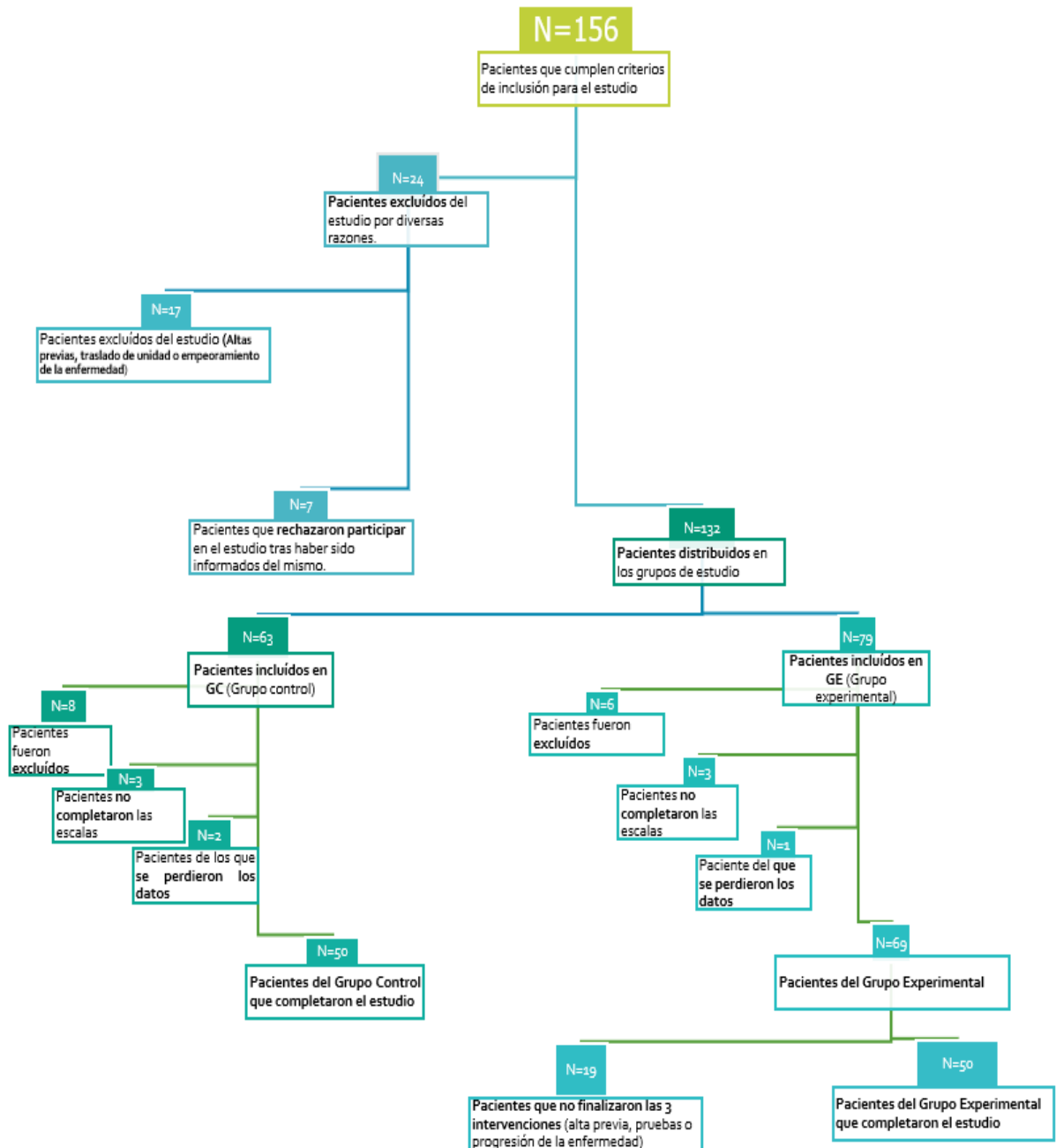
El grupo experimental experimentó dificultades similares. 6 pacientes (8.70%) fueron excluidos por razones clínicas análogas a las del grupo control, incluyendo altas hospitalarias antes de completar el estudio, progresión de la enfermedad, traslados a otros servicios, situación paliativa o SVUD. 3 pacientes (4.35%) no lograron completar las escalas de evaluación requeridas, impidiendo así su correcta monitorización, y 1 paciente (1.45%) fue excluido debido a pérdida de datos durante la tercera intervención.

Asimismo, 19 pacientes (27.54%) no pudieron finalizar las tres intervenciones debido a complicaciones clínicas, pruebas diagnósticas o altas hospitalarias previas a los siete días necesarios para completar el estudio. No obstante, al igual que en el grupo control, se continuaron incluyendo pacientes hasta alcanzar los 50 pacientes en línea con los objetivos establecidos para el estudio.

El esfuerzo continuado en la inclusión de pacientes, supervisión de los datos y desarrollo de las intervenciones fue esencial para mantener la integridad y validez del estudio. En este contexto, las tasas de exclusión y abandono observadas en ambos grupos estuvieron principalmente relacionadas con factores clínicos inevitables, tales como altas hospitalarias antes del tiempo previsto, pruebas diagnósticas imprevistas, progresión de la enfermedad o inclusión en ensayos clínicos paralelos. Cabe destacar que, en algunos casos, los pacientes requirieron aislamiento debido a infecciones virales o bacterianas. En estas situaciones, se implementaron las medidas preventivas e higiénicas necesarias, garantizando que estos incidentes no afectaran de manera significativa al desarrollo del estudio ni a la integridad de los datos recopilados.

A pesar de las exclusiones y abandonos, el compromiso investigador, así como la adaptación continua a las circunstancias clínicas de los pacientes, permitió alcanzar el objetivo final de 50 pacientes completando el estudio en cada grupo. Este resultado subraya la viabilidad y

aceptación de las intervenciones creativas en pacientes oncológicos hospitalizados, destacando el potencial de la arteterapia y la musicoterapia como terapias complementarias para mejorar el bienestar físico y emocional en un contexto clínico complejo.



8.2 DATOS DESCRIPTIVOS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

8.2.1 Datos sociodemográficos

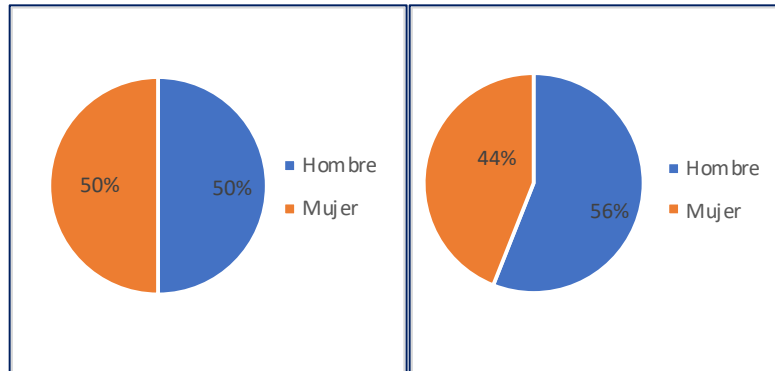
Tabla 12: Datos descriptivos de la población de estudio. Datos sociodemográficos

	Grupo Control (GC) N=50	Grupo Experimental (GE) N=50	p-valor
Edad de inclusión en el estudio (T, DE)	60,18 ± 18,61	61,86 ± 13,48	0,61
Sexo			0,55
Hombre	25 (50,00%)	28 (56,00%)	
Mujer	25 (50,00%)	22 (44,00%)	
Años de escolarización del Paciente	14,56 ± 5,60	14,85 ± 5,44	0,80
Formación			0,18
Ninguna	2 (4,00%)	2 (4,00%)	
Primarios	14 (28,00%)	10 (20,00%)	
ESO	4 (8,00%)	10 (20,00%)	
Bachiller	12 (24,00%)	12 (24,00%)	
Grado/Licenciado	15 (30,00%)	8 (16,00%)	
Postgrado/Grado Superior	3 (6,00%)	8 (16,00%)	
Profesión			0,99
Sector construcción y manualidades			
Albañil	1 (2,00%)	0 (0,00%)	
Fontanero	2 (4,00%)	1 (2,00%)	
Carpintero	0 (0,00%)	1 (2,00%)	
Ebanista	0 (0,00%)	1 (2,00%)	
Electricista	1 (2,00%)	1 (2,00%)	
Obrero	1 (2,00%)	1 (2,00%)	
Sector servicios y comercio			
Ama de casa	3 (6,00%)	2 (4,00%)	
Limpieza	2 (4,00%)	3 (6,00%)	
Cuidadora	1 (2,00%)	1 (2,00%)	
Dependiente	1 (2,00%)	0 (0,00%)	
Comercial	1 (2,00%)	2 (4,00%)	
Transportista	1 (2,00%)	1 (2,00%)	
Modista	1 (2,00%)	0 (0,00%)	
Chef	0 (0,00%)	1 (2,00%)	
Carnicería	1 (2,00%)	1 (2,00%)	
Pastelería	1 (2,00%)	1 (2,00%)	
Peluquería	1 (2,00%)	1 (2,00%)	
Administrativo	1 (2,00%)	0 (0,00%)	
Sector sanitario y social			
Auxiliar de enfermería	2 (4,00%)	1 (2,00%)	
Psicología	1 (2,00%)	1 (2,00%)	
Trabajo social	0 (0,00%)	1 (2,00%)	
Bombero	1 (2,00%)	0 (0,00%)	
Asistente social	1 (2,00%)	2 (4,00%)	
Técnico de laboratorio	2 (4,00%)	1 (2,00%)	
Conductor ambulancia	0 (0,00%)	1 (2,00%)	
Educación y Profesionales técnicos			
Ámbito educativo	4 (8,00%)	3 (6,00%)	
Ingeniería	2 (4,00%)	1 (2,00%)	
Informática	2 (4,08%)	1 (2,00%)	
Matemáticas	1 (2,00%)	1 (2,00%)	
Universidad educación	0 (0,00%)	1 (2,00%)	
Administración	2 (4,00%)	3 (6,00%)	
Diseñador RRHH	2 (4,00%)	2 (4,00%)	
Sector Arte y Cultura			
Bellas Artes	1 (2,00%)	2 (4,00%)	
Interiorista	2 (4,00%)	0 (0,00%)	
Natación (Deportista)	0 (0,00%)	1 (2,00%)	
Otros			
Jubilación	4 (8,00%)	4 (8,00%)	
Estudiante	3 (6,00%)	3 (6,00%)	
Autónomo	2 (4,00%)	3 (6,00%)	
Estado Civil			0,29
Soltero	12 (24,00%)	5 (10,00%)	
Casado/En pareja	26 (52,00%)	31 (62,00%)	
Separado/Divorciado	8 (16,00%)	8 (16,00%)	
Viudo	4 (8,00%)	6 (12,00%)	
Tiene el paciente hijos			0,88
Si	34 (69,39%)	34 (68,00%)	
No	15 (30,61%)	16 (32,00%)	
Número de hijos			0,44
1	6 (17,65%)	7 (20,59%)	
2	15 (44,12%)	11 (32,35%)	
3	9 (26,47%)	12 (35,29%)	
4	2 (5,88%)	4 (11,76%)	
>5	2 (5,88%)	0 (0,00%)	
Medio en el que vive el paciente			0,75
Urbano	43 (87,76%)	44 (89,80%)	
Rural	6 (12,24%)	5 (10,20%)	
Origen			0,39
Europa	48 (96,00%)	46 (92,00%)	
Otro	2 (4,00%)	4 (8,00%)	
Convivencia del paciente			0,74
Solo	9 (18,00%)	14 (28,00%)	
En pareja	17 (34,00%)	14 (28,00%)	
Pareja e hijos	13 (26,00%)	12 (24,00%)	
Pareja/hijos/padre o madre	5 (10,00%)	7 (14,00%)	
Con hijos	4 (8,00%)	2 (4,00%)	
Con amigos	2 (4,00%)	1 (2,00%)	

T: Total; DE: desviación estándar; %: porcentaje respecto al 100%; p valor significativo: *p<0.05

Edad y Género

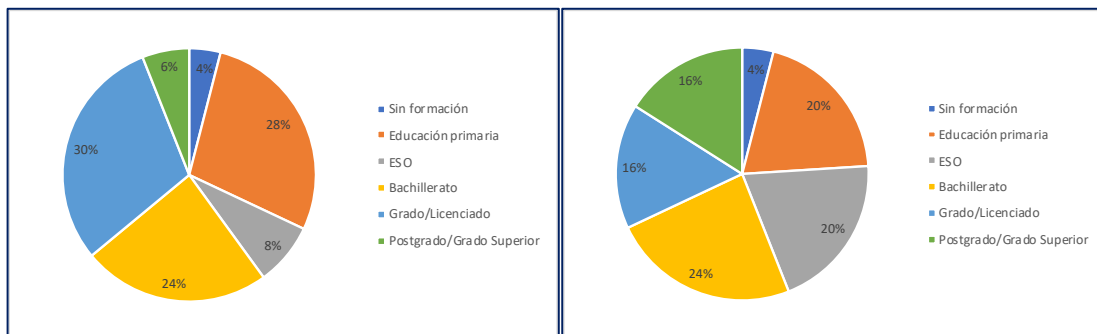
Figura 7: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Datos edad y genero



En cuanto a la edad, la media fue ligeramente superior en el grupo experimental (GE) con 61.86 años (DE = 13.48) en comparación con 60.18 años (DE = 18.61) en el grupo control (GC), aunque esta diferencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0.61$). La distribución por género fue equilibrada, con una ligera predominancia de hombres en el GE (56%) frente al GC (50%), y una distribución inversa para las mujeres (44% en GE vs 50% en GC). Esto sugiere una adecuada representatividad de ambos géneros en los grupos estudiados.

Nivel de Escolarización

Figura 8: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Datos nivel de escolarización



El análisis del nivel educativo de los participantes revela una composición diversa, con variaciones entre los grupos control (GC) y experimental (GE). La formación académica es un factor relevante en la comprensión del perfil sociodemográfico, ya que puede influir en la percepción y manejo de la enfermedad, así como en la capacidad de los pacientes para participar y beneficiarse de las intervenciones terapéuticas propuestas.

Distribución y comparación por nivel educativo

- Sin formación: Un pequeño segmento de la población, equivalente al 4% en ambos grupos, no cuenta con ningún tipo de formación académica formal. Este dato es crucial, ya que refleja una base educativa mínima, lo que puede influir en la capacidad de comprensión de los tratamientos y en la interacción con el equipo médico.
- Educación Primaria: Observamos que el 28% de los participantes en el GC cuentan con educación primaria, comparado con un 20% en el GE. Esta diferencia, aunque no estadísticamente significativa ($p = 0.18$), puede sugerir una leve disparidad en el acceso a la educación en etapas tempranas de la vida, que podría tener implicaciones en la forma en que los individuos manejan la información médica y las decisiones de tratamiento.
- Educación Secundaria Obligatoria (ESO): El GE muestra un porcentaje más alto de participantes con ESO (20%) en comparación con el GC (8%). Este grupo educativo, que abarca la educación secundaria básica, representa una etapa crucial en el desarrollo académico y puede influir en la capacidad de los pacientes para participar activamente en su tratamiento y en su comprensión de las terapias alternativas.
- Bachillerato: El Bachillerato es el único nivel educativo con una distribución idéntica en ambos grupos (24%). Este nivel, que suele asociarse con un mayor acceso a oportunidades laborales y una mejor comprensión de información compleja, puede ser un indicador de una cierta homogeneidad en las capacidades cognitivas y de manejo de información de los participantes.
- Grado/Licenciado: El porcentaje de participantes con estudios universitarios de grado es mayor en el GC (30%) en comparación con el GE (16%). Esta diferencia podría indicar una variabilidad en el acceso a la educación superior, que puede estar influenciada por factores socioeconómicos o geográficos. Los individuos con formación universitaria suelen tener una mayor capacidad de análisis crítico y comprensión de situaciones complejas, lo que podría influir en su participación activa en el tratamiento y en la toma de decisiones.
- Postgrado/Grado Superior: Notablemente, el GE tiene una proporción más alta de participantes con estudios de postgrado o grado superior (16%) en comparación con el GC (6%). Este grupo educativo representa un nivel de especialización y conocimientos avanzados que puede facilitar una mejor comprensión de los

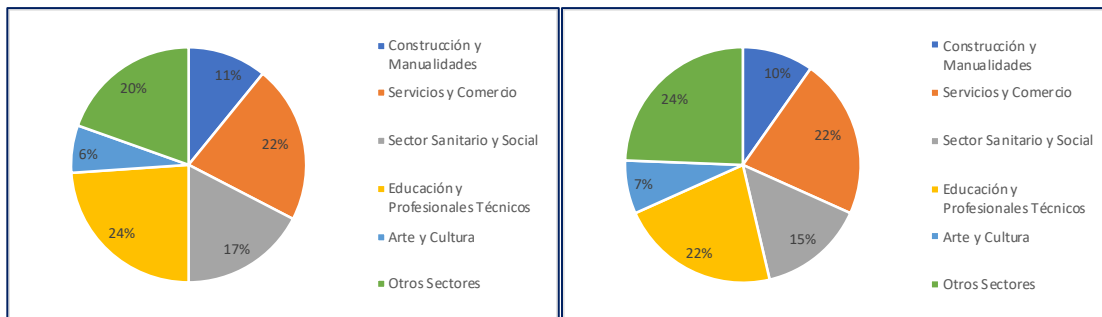
tratamientos complejos y un mayor interés en explorar terapias complementarias como la arteterapia y la musicoterapia.

Es de interés destacar en este punto que la heterogeneidad en los niveles educativos entre los grupos es un aspecto clave para considerar en la interpretación de los resultados del estudio. Las diferencias en formación pueden influir en la percepción y receptividad de las intervenciones terapéuticas, así como en la capacidad para comprender y seguir recomendaciones médicas. Además, un mayor nivel educativo puede estar asociado con una mejor capacidad para buscar información adicional y tomar decisiones informadas, lo que puede afectar la experiencia del paciente y los resultados del tratamiento.

Es importante destacar que, aunque las diferencias observadas en la formación académica no alcanzaron significancia estadística, reflejan tendencias que pueden tener implicaciones en la práctica clínica y en la personalización de las intervenciones terapéuticas. La inclusión de estos datos en el análisis permite una comprensión más completa de los factores que pueden influir en la respuesta a las intervenciones de arteterapia y musicoterapia, proporcionando un contexto crucial para la interpretación de los resultados del estudio.

Ocupación Profesional

Figura 9: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Datos ocupación profesional



La distribución de las ocupaciones profesionales en la muestra de estudio fue diversa y representativa de varios sectores laborales. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos control (GC) y experimental (GE), lo que indica una composición homogénea en términos de profesiones.

Distribución por sectores

- **Construcción y Manualidades:** Este sector incluye profesiones como albañiles, fontaneros, carpinteros, ebanistas, electricistas y obreros. En el GC, se identificaron 5 participantes (10%) en este sector, mientras que en el GE hubo 4 participantes (8%). La ligera diferencia es insignificante, sugiriendo una presencia similar de trabajadores manuales en ambos grupos.
- **Servicios y Comercio:** Profesiones como amas de casa, personal de limpieza, cuidadores, dependientes, comerciales y transportistas fueron representadas en ambos grupos. El GC contó con 10 participantes (20%), mientras que el GE tuvo 9 (18%). Este sector muestra una representación equilibrada, lo que es relevante dado el enfoque en el estudio sobre la influencia de la ocupación en la percepción y manejo del cáncer.
- **Sector Sanitario y Social:** Incluyendo auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, bomberos y asistentes sociales, este sector estuvo compuesto por 8 participantes (16%) en el GC y 6 participantes (12%) en el GE. La representación de profesionales de la salud y sociales es notable, ya que su formación y experiencia pueden influir en su participación en terapias complementarias.
- **Educación y Profesionales Técnicos:** Profesionales en educación, ingeniería, informática y administración estuvieron presentes en ambos grupos. El GC tuvo 11 participantes (22%) y el GE 9 (18%). Este sector aporta una perspectiva educada y técnica al estudio, lo que podría influir en la aceptación y comprensión de las intervenciones.
- **Arte y Cultura:** El sector de arte y cultura incluyó profesionales de bellas artes, interioristas y deportistas, con 3 participantes (6%) en el GC y 3 (6%) en el GE. La presencia de estos profesionales es relevante, ya que podrían tener una mayor afinidad con las terapias artísticas.
- **Otros Sectores:** Incluye jubilados, estudiantes y autónomos, con 9 participantes (18%) en el GC y 10 (20%) en el GE. Este grupo refleja una mezcla de fases de vida y ocupaciones diversas, lo cual es importante para entender la diversidad de la muestra.

La variedad de ocupaciones profesionales presentes en ambos grupos sugiere una muestra diversificada, lo cual es crucial para garantizar la representatividad y generalización de los resultados del estudio. Esta distribución equilibrada entre los sectores refuerza la validez interna del estudio, minimizando posibles sesgos relacionados con la ocupación. Esta heterogeneidad es valiosa, ya que las experiencias laborales pueden influir en la percepción

de la enfermedad y en la respuesta a las intervenciones de arteterapia y musicoterapia.

A su vez, para este apartado es relevante destacar que todos los pacientes incluidos en este estudio, tanto del grupo experimental (GE) como del grupo control (GC), se encontraban de baja laboral debido a su hospitalización. Y aunque todos los participantes estaban de baja durante su ingreso hospitalario y por tanto durante el desarrollo de este estudio, no se ha cuantificado cuántos de ellos estaban de baja previamente al ingreso como consecuencia de su enfermedad oncológica.

Este detalle es relevante, ya que la duración y la causa de la baja laboral pueden influir en el estado psicológico y emocional de los pacientes, así como en su respuesta a las intervenciones terapéuticas. La falta de información sobre la situación laboral previa al ingreso limita nuestra capacidad para evaluar el impacto prolongado de la enfermedad en la vida laboral de los pacientes.

Esta observación sugiere la necesidad de futuros estudios que exploren de manera más profunda la relación entre la enfermedad oncológica y la duración de la baja laboral, proporcionando un contexto más completo para entender el estado emocional y la calidad de vida de los pacientes.

Estado Civil y Composición Familiar

Figura 10: Grupo control (GC) Datos estado civil y composición familiar

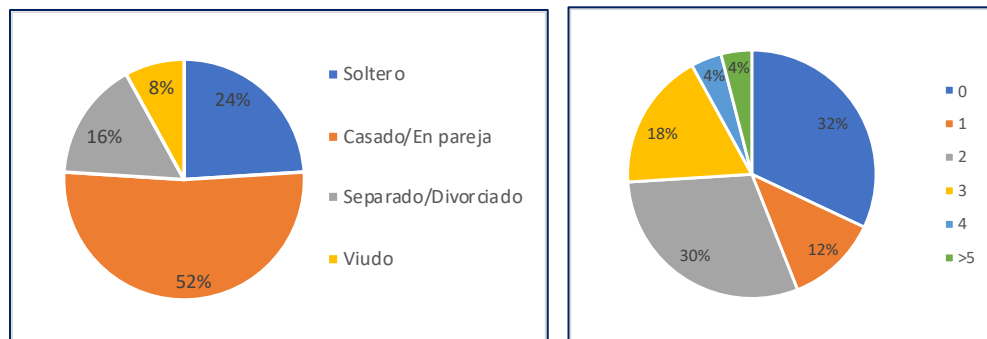
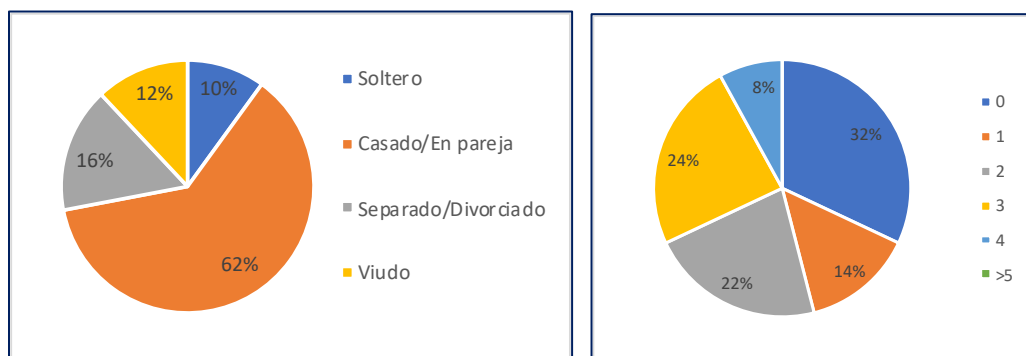


Figura 11: Grupo experimental(GE) Datos estado civil y composición familiar



La distribución del estado civil y la composición familiar de los participantes en ambos grupos reflejan una diversidad en las estructuras de soporte social, fundamentales para el bienestar emocional y el afrontamiento de la enfermedad.

En cuanto al estado civil, no se observaron diferencias significativas entre los grupos ($p = 0.29$). La categoría predominante fue "Casado/En pareja", representando al 52% de los participantes en el grupo control (GC) y al 62% en el grupo experimental (GE). Esto sugiere que una mayoría de los pacientes cuenta con una relación de pareja estable, lo cual puede influir positivamente en el apoyo emocional y psicológico durante el tratamiento.

Por otro lado, el 24% de los participantes en el GC se identificaron como "Solteros", en comparación con el 10% en el GE. Esta diferencia puede indicar una mayor prevalencia de redes de apoyo no familiares en el GE. Las tasas de "Separado/Divorciado" fueron idénticas en ambos grupos (16%), mientras que un mayor porcentaje de viudos se observó en el GE (12% frente a 8% en el GC), lo que podría sugerir una mayor necesidad de apoyo emocional en este grupo.

El análisis de la composición familiar muestra que la mayoría de los participantes en ambos grupos tenía hijos, con un 69.39% en el GC y un 68% en el GE. La distribución del número de hijos fue similar en ambos grupos, con una tendencia hacia tener dos hijos (44.12% en el GC y 32.35% en el GE). Un número considerable de participantes tenía tres hijos (26.47% en el GC y 35.29% en el GE), y una minoría tenía cuatro hijos o más (11.76% en el GE y 5.88% en el GC).

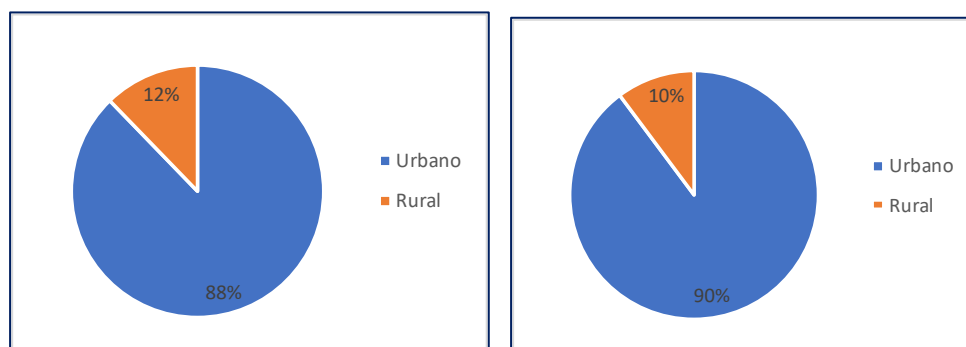
Estos datos sugieren que los pacientes cuentan con un soporte familiar diverso, lo que puede

jugar un papel crucial en su experiencia y manejo de la enfermedad. La existencia de una red de apoyo familiar sólida es fundamental para el bienestar psicológico y emocional de los pacientes, especialmente en contextos de enfermedad grave como el cáncer.

La ausencia de diferencias significativas en el estado civil y la composición familiar entre los grupos subraya una homogeneidad demográfica, lo cual es relevante para la validez interna del estudio. Estas características demográficas proporcionan un contexto esencial para interpretar la respuesta a las intervenciones de arteterapia y musicoterapia, ya que las estructuras de apoyo social y familiar pueden influir en los resultados emocionales y de calidad de vida de los pacientes.

Residencia y Origen

Figura 12: Grupo control(GC) y Grupo experimental (GE) Datos residencia y origen



La mayoría de los participantes de ambos grupos residía en áreas urbanas, con un 87.76% en el grupo control (GC) y un 89.80% en el grupo experimental (GE). Esta alta prevalencia de participantes urbanos es consistente con la tendencia general observada en estudios que involucran a poblaciones urbanas, y sugiere una accesibilidad mayor a servicios médicos especializados y terapias complementarias, como las que se investigan en este estudio. La ligera diferencia en la proporción de residentes rurales, con un 12.24% en el GC y un 10.20% en el GE, podría reflejar una menor representación de esta población, potencialmente debido a limitaciones en el acceso a centros hospitalarios y recursos terapéuticos.

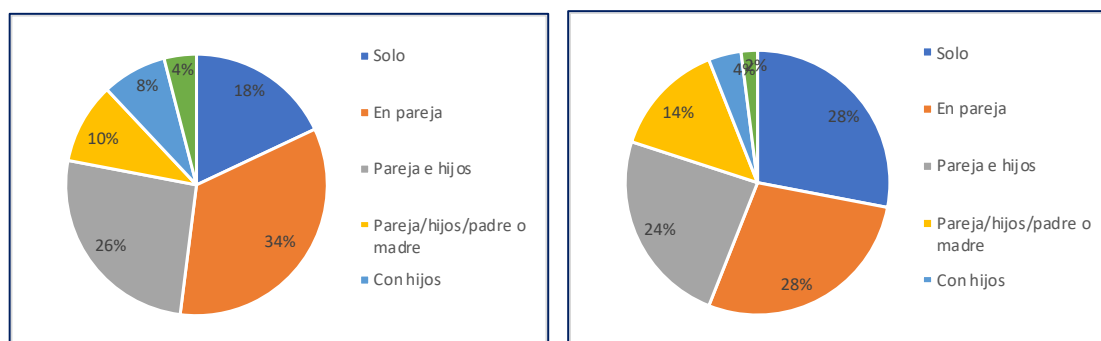
En términos de origen geográfico, una mayoría abrumadora de los participantes era de origen europeo, con un 96% en el GC y un 92% en el GE. Esta predominancia refleja la demografía del hospital de referencia y es indicativa de una relativa homogeneidad cultural

en la muestra. Sin embargo, la presencia de un pequeño porcentaje de participantes de otros continentes en el GE (8%) introduce una dimensión de diversidad cultural. Esta minoría, aunque pequeña, puede aportar perspectivas únicas en cuanto a la experiencia del tratamiento oncológico y las intervenciones terapéuticas, destacando la importancia de considerar factores culturales en el manejo de la salud.

En definitiva, la variabilidad en el origen y el medio de residencia es relevante para la interpretación de los resultados del estudio, ya que factores como el acceso a los recursos de salud y las influencias culturales pueden afectar la percepción y la efectividad de las intervenciones terapéuticas. La inclusión de esta diversidad, aunque limitada, permite una comprensión más completa de cómo diferentes contextos sociodemográficos pueden influir en la experiencia de los pacientes con cáncer y su respuesta a las terapias complementarias como la arteterapia y la musicoterapia.

La estructura de convivencia

Figura 13: Grupo control(GC) y Grupo experimental (GE) Datos estructura de convivencia



La estructura de convivencia de los participantes, refleja diferencias notables entre los grupos control (GC) y experimental (GE). Un porcentaje mayor de participantes en el GE vivía solo (28%) en comparación con el GC (18%), lo que podría indicar una menor red de apoyo social inmediato en este grupo, aspecto que puede influir en el afrontamiento de la enfermedad y en la necesidad de apoyo emocional y psicológico. La convivencia con pareja fue similar en ambos grupos, con un 34% en el GC y un 28% en el GE, lo que sugiere que una proporción significativa de los participantes cuenta con un apoyo conyugal constante.

En términos de convivencia con pareja e hijos, ambos grupos muestran cifras comparables,

con un 26% en el GC y un 24% en el GE. Sin embargo, el GC presenta una mayor diversidad en las estructuras familiares, incluyendo un 10% de convivencia con pareja, hijos y padres o madres, frente al 14% en el GE. Esta variedad podría reflejar diferencias en las dinámicas familiares y en el grado de apoyo familiar disponible para los pacientes. Además, un pequeño porcentaje de participantes en ambos grupos vive con amigos (4% en el GC y 2% en el GE) o únicamente con hijos (8% en el GC y 4% en el GE), lo que destaca la diversidad en las situaciones de convivencia y su posible impacto en la experiencia del tratamiento oncológico.

En conjunto, estos datos sociodemográficos proporcionan un marco importante para interpretar los resultados del estudio, destacando la necesidad de un enfoque personalizado en el tratamiento del cáncer. La variabilidad en los niveles educativos y las estructuras familiares recalca que las intervenciones de arteterapia y musicoterapia deben adaptarse a las necesidades individuales de los pacientes para maximizar su efectividad y mejorar la calidad de vida. Estos hallazgos enfatizan la relevancia de considerar factores sociodemográficos al diseñar y evaluar intervenciones complementarias en el tratamiento oncológico. Tener un enfoque individualizado que reconozca la singularidad de cada paciente, basándose en los principios de la medicina centrada en la persona es primordial.

8.2.2 Datos clínicos

Tabla 13: Datos descriptivos de la población de estudio. Datos clínicos

	Grupo Control (GC) N=50	Grupo Experimental (GE) N=50	p-valor	
Diagnóstico				
Ca cerebral	0 (0.00%)	1 (2.00%)	0.66	
Ca orofaríngeo	3 (6.00%)	4 (8.00%)		
Ca pulmón	15 (30.00%)	13 (26.00%)		
Ca mama	4 (8.00%)	3 (6.00%)		
Ca SNC	1 (2.00%)	1 (2.00%)		
Ca Gástrico	2 (4.00%)	4 (8.00%)		
Ca próstata	2 (4.00%)	1 (2.00%)		
Ca ginecológico	10 (20.00%)	6 (12.00%)		
Ca renal	3 (6.00%)	1 (2.00%)		
Ca colón/recto	3 (6.00%)	5 (10.00%)		
Ca hepático	1 (2.00%)	6 (12.00%)		
Ca (otros tipos)	6 (12.00%)	5 (10.00%)		
Tipo de complicación por la que ingresa el paciente				
Disnea	4 (8.00%)	8 (16.33%)		0.41
Síndrome febril	10 (20.00%)	7 (14.29%)		
Diarrea	1 (2.00%)	2 (4.08%)		
Alteración iones	3 (6.00%)	3 (6.12%)		
Suboclusión intestinal	3 (6.00%)	7 (14.29%)		
Insuficiencia cardiaca	1 (2.00%)	0 (0.00%)		
Insuficiencia respiratoria(hipoxemia)	6 (12.00%)	4 (8.16%)		
Deterioro del estado general	0 (0.00%)	1 (2.04%)		
Mal control del dolor	15 (30.00%)	11 (22.45%)		
Fracaso renal	2 (4.00%)	1 (2.04%)		
Neutropenia	0 (0.00%)	3 (6.12%)		
Otros	5 (10.00%)	2 (4.08%)		
Hábitos tóxicos del paciente				
Alcohol	9 (33.33%)	6 (24.00%)	0.74	
Tabaco	13 (48.15%)	13 (52.00%)		
Otros	5 (18.52%)	6 (24.00%)		
Antecedentes psicológicos del paciente				
No	39 (81.25%)	42 (87.50%)	0.33	
Si ansiedad	2 (4.17%)	0 (0.00%)		
Si estrés	7 (14.58%)	6 (12.50%)		
Antecedentes clínicos del paciente				
Dislipemia	3 (6.52%)	2 (4.26%)	0.19	
HTA	3 (6.52%)	1 (2.13%)		
Diabetes	7 (15.22%)	5 (10.64%)		
Obesidad	4 (8.70%)	12 (25.53%)		
Insuficiencia cardiaca	4 (8.70%)	1 (2.13%)		
Insuficiencia respiratoria	14 (30.43%)	17 (36.17%)		
Fracaso renal	6 (13.04%)	2 (4.26%)		
Otros	5 (10.87%)	7 (14.89%)		
Antecedentes de cáncer en familiares del paciente				
Si	32 (65.31%)	33 (68.75%)		0.72
No	17 (34.69%)	15 (31.25%)		
Tiempo desde el diagnóstico del paciente				
1-2 años	29 (59.18%)	20 (45.45%)	0.40	
3-5 años	15 (30.61%)	19 (43.18%)		
5-10 años	5 (10.20%)	4 (9.09%)		
>10 años	0 (0.00%)	1 (2.27%)		
Cirugía realizada al paciente con cáncer				
Si, conservadora	20 (45.45%)	30 (62.50%)	0.27	
Si, radical	5 (11.36%)	5 (10.42%)		
Si, sin especificar	4 (9.09%)	1 (2.08%)		
No	15 (34.09%)	12 (25.00%)		
Fase de desarrollo del cáncer				
1	4 (8.16%)	2 (4.00%)	0.75	
2	8 (16.33%)	7 (14.00%)		
3	10 (20.41%)	15 (30.00%)		
4	22 (44.90%)	20 (40.00%)		
Metástasis	5 (10.20%)	6 (12.00%)		
Tratamiento recibido por el paciente				
QTP-1	18 (36.00%)	10 (20.41%)	0.26	
QTP-2	9 (18.00%)	14 (28.57%)		
QTP-3	8 (16.00%)	7 (14.29%)		
QTP-4	7 (14.00%)	8 (16.33%)		
QTP-5	3 (6.00%)	4 (8.16%)		
RTP	0 (0.00%)	1 (2.04%)		
HORM	3 (6.00%)	0 (0.00%)		
Mixto	2 (4.00%)	5 (10.20%)		
Otros tratamientos recibidos				
Fisioterapia	24 (82.76%)	28 (87.50%)		0.83
psicooncología	2 (6.90%)	2 (6.25%)		
Otros	3 (10.34%)	2 (6.25%)		
¿Ha recibido el paciente terapias complementarias previamente?				
Si	0 (0.00%)	1 (2.00%)	0.31	
No	50 (100.00%)	49 (98.00%)		

T: Total; DE: desviación estándar; %: porcentaje respecto al 100%; p valor significativo: *p<0.05.

Diagnóstico oncológico

La muestra del estudio presenta una variedad significativa de diagnósticos oncológicos, siendo los más prevalentes el cáncer de pulmón (30% en GC y 26% en GE) y el cáncer ginecológico (20% en GC y 12% en GE). Otros diagnósticos incluyen cáncer de mama, colon/recto, hepático, y una variedad de otros tipos menos comunes. La incidencia de estos diagnósticos no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.66$), indicando una homogeneidad adecuada para la comparación de los efectos de las intervenciones terapéuticas. Esta diversidad resalta la necesidad de un enfoque de tratamiento personalizado, que tenga en cuenta las características específicas de cada tipo de cáncer y las necesidades individuales de los pacientes.

Complicaciones al ingreso

Las complicaciones que llevaron al ingreso hospitalario de los pacientes oncológicos en este estudio son indicativas de la complejidad clínica de esta población. El mal control del dolor fue la complicación más frecuente en el grupo control (GC) con un 30%, destacando la necesidad de una gestión eficaz del dolor para mejorar la calidad de vida de los pacientes. La disnea fue otra complicación significativa, reportada en el 16.33% del grupo experimental (GE) y el 8% del GC, subrayando la importancia de un manejo adecuado de las dificultades respiratorias. Además, se identificaron otras complicaciones importantes como el síndrome febril, que afectó al 20% del GC y al 14.29% del GE, y la Suboclusión intestinal, presente en un 14.29% del GE frente al 6% del GC. La presencia de neutropenia en el 6.12% del GE resalta la susceptibilidad a infecciones en estos pacientes, especialmente aquellos que reciben tratamiento quimioterapéutico.

Estas complicaciones no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.41$), lo que sugiere una distribución similar de la carga clínica. No obstante, la variedad y gravedad de estas condiciones reflejan la necesidad de un abordaje integral y personalizado que aborde tanto los aspectos físicos como psicoemocionales del paciente. La complejidad de los casos oncológicos, exige una atención multidisciplinaria que pueda manejar eficazmente la diversidad de problemas que pueden surgir durante el tratamiento del cáncer avanzado, asegurando así una atención de calidad y holística para mejorar los

resultados de los pacientes.

Hábitos tóxicos y antecedentes psicológicos

El análisis de los hábitos tóxicos muestra una alta prevalencia de consumo de tabaco entre los pacientes, con cifras casi idénticas en ambos grupos: 48.15% en el grupo control (GC) y 52% en el grupo experimental (GE). Este hallazgo subraya un patrón común de exposición a factores de riesgo, que puede influir negativamente en la evolución del cáncer y la respuesta al tratamiento. El consumo de alcohol también es significativo, aunque menos prevalente, con un 33.33% en el GC y un 24% en el GE. Además, otros hábitos tóxicos, como el uso de sustancias ilícitas, se observan en un 18.52% del GC y un 24% del GE. La ausencia de diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.74$) sugiere que estos hábitos no se distribuyen de manera diferenciada entre los grupos, lo que permite una comparación más equitativa de los efectos de las intervenciones terapéuticas.

En cuanto a los antecedentes psicológicos, la mayoría de los pacientes no reportó condiciones previas de ansiedad o estrés, con un 81.25% en el GC y un 87.50% en el GE sin antecedentes psicológicos. Es relevante destacar que, como parte de los criterios de exclusión del estudio, se excluyeron pacientes con antecedentes diagnósticos psiquiátricos que requiriesen tratamiento, lo que podría explicar la baja prevalencia reportada de condiciones psicológicas. Sin embargo, la falta de una evaluación previa formal puede haber limitado la detección de problemas psicológicos subyacentes, ya que los pacientes pueden no ser conscientes o no tener las herramientas para identificar estos problemas. Esto es particularmente relevante, ya que el autoinforme puede subestimar la presencia previa de ansiedad y depresión. Los datos disponibles, aunque no estadísticamente significativos ($p = 0.33$), indican una ligera presencia de antecedentes de estrés en ambos grupos (14.58% en GC y 12.50% en GE), lo que resalta la necesidad de un seguimiento psicológico adecuado para estos pacientes, especialmente en el contexto de tratamientos oncológicos que pueden incrementar el malestar emocional.

Antecedentes clínicos

Los antecedentes clínicos de los pacientes proporcionan una visión integral de las comorbilidades presentes en esta población oncológica, evidenciando la complejidad de su manejo médico. La insuficiencia respiratoria destaca como la condición más prevalente, afectando al 30.43% de los pacientes en el grupo control (GC) y al 36.17% en el grupo experimental (GE). Esta alta incidencia subraya la importancia de monitorear y gestionar las complicaciones respiratorias en pacientes con cáncer, ya que estas pueden ser consecuencia directa de la enfermedad primaria o de los tratamientos oncológicos agresivos. A pesar de la prevalencia de esta condición, la diferencia entre ambos grupos no es estadísticamente significativa ($p = 0.19$), indicando una distribución equitativa de esta comorbilidad entre los participantes.

La obesidad, notablemente más común en el GE (25.53%) en comparación con el GC (8.70%), destaca como un factor de riesgo adicional que podría influir en la progresión del cáncer y en la respuesta a las terapias. Aunque la diferencia en la prevalencia de obesidad entre los grupos no es significativa ($p = 0.19$), es fundamental considerar su impacto potencial en la salud general y en las complicaciones del tratamiento oncológico. Otras comorbilidades relevantes incluyen diabetes, dislipemia, hipertensión arterial (HTA), insuficiencia cardíaca y fracaso renal, con distribuciones similares entre los grupos.

Antecedentes familiares y duración del diagnóstico

En la población estudiada, se observó una alta prevalencia de antecedentes familiares de cáncer, con un 65.31% en el grupo control (GC) y un 68.75% en el grupo experimental (GE). Aunque esta diferencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0.72$), la alta incidencia de antecedentes familiares es un hallazgo clínico y científico relevante. La presencia de una historia familiar de cáncer subraya la influencia significativa de los factores genéticos en la predisposición a la enfermedad. Este dato destaca la importancia de identificar riesgos potenciales antes del diagnóstico clínico. En este sentido es fundamental continuar implementando estrategias de prevención temprana y estudios genéticos en pacientes con antecedentes familiares.

Cirugías y fase del cáncer

En cuanto a las cirugías realizadas, los datos muestran que una mayor proporción de pacientes en el grupo experimental (GE) recibió cirugía conservadora (62.50%) en comparación con el grupo control (GC) (45.45%), mientras que la cirugía radical se mantuvo similar en ambos grupos (alrededor del 10%). Además, un pequeño porcentaje de pacientes no especificó el tipo de cirugía realizada o no fue sometido a ninguna intervención quirúrgica.

En relación con la fase de desarrollo del cáncer, la mayoría de los pacientes se encontraban en fases avanzadas (fases 3 y 4), con una distribución comparable entre ambos grupos (20.41% y 44.90% en GC frente a 30.00% y 40.00% en GE, respectivamente), y un porcentaje similar presentaba metástasis (10.20% en GC y 12.00% en GE). Es importante destacar que las diferencias observadas en las intervenciones quirúrgicas y las fases del cáncer no alcanzaron significación estadística (valor $p = 0.27$ para cirugía y $p = 0.75$ para fases), lo que sugiere una homogeneidad en la gravedad y manejo de la enfermedad entre los grupos. Esta uniformidad es esencial para validar la comparabilidad de los grupos y la evaluación de los efectos de las intervenciones de arteterapia y musicoterapia en el estudio, subrayando la importancia de un enfoque integral y personalizado en el tratamiento oncológico.

Tratamientos recibidos

Los tratamientos recibidos por los pacientes en ambos grupos evidencian un enfoque multidisciplinario en el manejo del cáncer, destacándose la fisioterapia como una intervención clave, presente en el 82.76% del grupo control (GC) y el 87.50% del grupo experimental (GE). Esto resalta la relevancia de la rehabilitación física para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, el uso de psicooncología fue sorprendentemente limitado, con solo un 6.90% en el GC y un 6.25% en el GE, indicando una brecha en el abordaje del bienestar emocional de los pacientes oncológicos hospitalizados.

La baja frecuencia de utilización de otros tratamientos (10.34% en GC y 6.25% en GE) y la mínima experiencia previa con terapias complementarias (solo un caso en el GE) subrayan

la necesidad de ampliar la integración de terapias complementarias desde etapas tempranas de la enfermedad. A pesar de la falta de significancia estadística en estos datos ($p = 0.83$), es crucial reconocer la importancia de incorporar enfoques terapéuticos integrales que incluyan tanto la atención física como la psicológica, para abordar de manera holística las complejas necesidades de los pacientes oncológicos.

En definitiva, los datos clínico-patológicos presentados ofrecen una visión integral de la complejidad y diversidad de la población oncológica estudiada. La ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos refuerza la validez de las comparaciones de los efectos de las intervenciones terapéuticas propuestas. Estos resultados reflejan la importancia de considerar los antecedentes sociodemográficos, clínicos y psicológicos previos a diseñar intervenciones artísticas creativas personalizadas, con el fin de abordar de manera integral las necesidades específicas de cada paciente.

8.2.3 Resultados de las escalas o instrumentos de medición

Antes de abordar los siguientes puntos, es fundamental proporcionar al lector una comprensión clara de los datos presentados para cada escala, facilitando una explicación acerca de los objetivos de cada escala y su obtención de puntuación (*véase apartado:5.4.6 EVALUACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN: ESCALAS DE VALORACIÓN ASPECTOS PSICOLÓGICOS.*)

A tal fin, se adjuntan las tablas correspondientes al grupo control, al grupo experimental y a las diferencias entre ambos grupos. Además, se describirá cada apartado de manera gráfica y práctica, facilitando así la comprensión de la información presentada.

Tabla 14: Grupo control: Resultado de las escalas o instrumentos de medición

Media \pm DE: desviación estándar; p valor significativo: *p<0.05

	GC: inicio estudio	GC: Fin estudio	p-valor
	N=50	N=50	
Tensión Sistólica	125.50 \pm 17.74	134.68 \pm 19.49	0.016*
Tensión Diastólica	73.58 \pm 11.72	76.12 \pm 12.79	0.30
Tensión Arterial Media	90.89 \pm 11.46	95.64 \pm 12.74	0.053
Frecuencia Cardíaca	86.06 \pm 14.36	90.64 \pm 20.97	0.21
Saturación O2	95.64 \pm 3.25	95.46 \pm 3.33	0.79
Frecuencia respiratoria	20.88 \pm 18.70	21.18 \pm 16.35	0.93
Escala EVA: nivel de dolor:	4.00 \pm 1.63	4.10 \pm 2.00	0.78
Escala BABVD	41.40 \pm 8.51	40.90 \pm 10.04	0.79
Resultado total DME	10.12 \pm 2.27	10.96 \pm 2.46	0.081
Nivel de distrés emocional del paciente	6.38 \pm 1.74	7.84 \pm 1.75	<0.001*
Escala HADS	23.56 \pm 4.94	26.00 \pm 3.51	0.005*
Total Depresión	11.42 \pm 2.31	12.44 \pm 2.24	0.027*
Total Ansiedad	12.14 \pm 2.96	13.56 \pm 2.25	0.008*
Escala PHQ9	12.88 \pm 3.53	15.26 \pm 4.19	0.003*

Tabla 15: Resultado de las escalas o instrumentos de medición. Grupo experimental.

	GE: inicio estudio 1ªintervención (Pre)	GE: Fin estudio 3ªintervención (Post)	p-valor	GE:1ªintervención (Pre)	GE:1ªintervención (Post)	p-valor	GE:2ªintervención (Pre)	GE:2ªintervención (Post)	p-valor	GE:3ªintervención (Pre)	GE:3ªintervención (Post)	p-valor
	N=50	N=50		N=50	N=50		N=50	N=50		N=50	N=50	
Tensión Sistólica	131.98 ± 17.74	106.64 ± 15.00	<0.001*	131.98 ± 17.74	119.24 ± 15.19	<0.001*	124.60 ± 18.28	112.56 ± 14.98	<0.001*	106.64 ± 15.00	121.12 ± 17.46	<0.001*
Tensión Diastólica	74.12 ± 11.66	62.20 ± 7.78	<0.001*	74.12 ± 11.66	71.48 ± 9.58	0.22	70.36 ± 10.09	67.48 ± 9.63	0.15	62.20 ± 7.78	69.22 ± 9.09	<0.001*
Tensión Arterial Media	93.41 ± 11.06	77.01 ± 8.45	<0.001*	93.41 ± 11.06	87.40 ± 9.03	0.004*	88.44 ± 10.82	82.51 ± 9.91	0.005*	77.01 ± 8.45	86.52 ± 10.24	<0.001*
Frecuencia Cardíaca	83.70 ± 13.50	70.06 ± 9.90	<0.001*	83.70 ± 13.50	76.76 ± 11.41	0.007*	77.36 ± 13.08	69.86 ± 14.82	0.009*	70.06 ± 9.90	79.06 ± 12.64	<0.001*
Saturación O2	96.46 ± 2.12	96.70 ± 2.55	0.61	96.46 ± 2.12	96.48 ± 2.10	0.96	95.40 ± 5.04	96.20 ± 4.61	0.41	96.70 ± 2.55	96.04 ± 3.42	0.28
Frecuencia respiratoria	17.54 ± 3.38	15.70 ± 10.50	0.24	17.54 ± 3.38	15.66 ± 3.68	0.009	17.26 ± 7.68	16.22 ± 9.59	0.55	15.70 ± 10.50	16.38 ± 5.48	0.69
Escala EVA: nivel de dolor	5.64 ± 2.07	0.92 ± 1.19	<0.001*	5.64 ± 2.07	3.84 ± 2.03	<0.001*	3.57 ± 1.68	2.24 ± 1.55	<0.001*	0.92 ± 1.19	2.16 ± 1.71	<0.001*
Escala BABVD	41.50 ± 8.41	42.80 ± 8.93	0.46	41.50 ± 8.41						42.80 ± 8.93		
Escala DME	12.30 ± 3.20	8.14 ± 3.04	<0.001*	12.30 ± 3.20			9.38 ± 2.29			8.14 ± 3.04		
Nivel de distrés emocional del paciente.	7.60 ± 1.58	2.32 ± 1.35	<0.001*	7.60 ± 1.58			4.78 ± 1.49			2.32 ± 1.35		
Escala HADS	25.70 ± 5.38	16.86 ± 3.71	<0.001*	25.70 ± 5.38						16.86 ± 3.71		
Total Depresión	12.30 ± 2.88	8.24 ± 2.20	<0.001*	12.30 ± 2.88						8.24 ± 2.20		
Total Ansiedad	13.40 ± 3.02	8.62 ± 2.12	<0.001*	13.40 ± 3.02						8.62 ± 2.12		
Escala PHQ9	14.94 ± 4.75	9.20 ± 2.50	<0.001*	14.94 ± 4.75						9.20 ± 2.50		

Media ± DE: desviación estándar; p valor significativo: *p<0.05

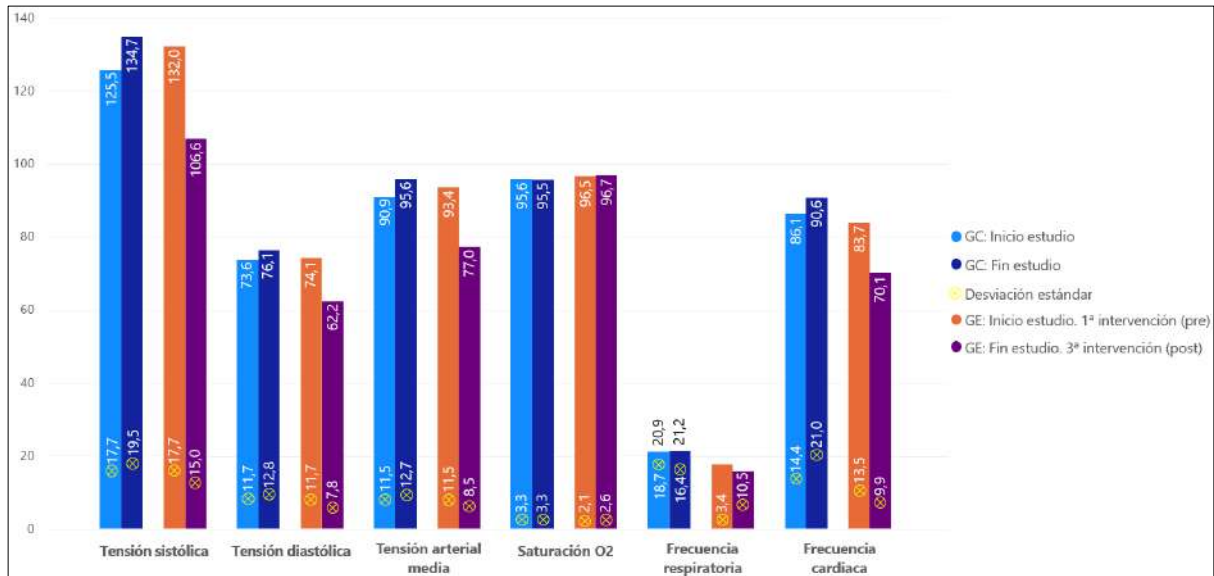
Tabla 16: Comparativa entre Grupo experimental y Grupo Control: Diferencias en el resultado de las escalas o instrumentos de medición.

	Grupo Control (GC)	Grupo Experimental (GE)	p-valor
	N=50	N=50	
Tensión Sistólica	9.18 ± 16.07	-25.34 ± 16.51	<0.001*
Tensión Diastólica	2.54 ± 11.54	-11.92 ± 12.32	<0.001*
Tensión Arterial Media	4.75 ± 10.75	-16.39 ± 11.70	<0.001*
Frecuencia Cardiaca	4.58 ± 22.67	-13.64 ± 14.79	<0.001*
Saturación O2	-0.18 ± 1.72	0.24 ± 2.50	0.33
Frecuencia respiratoria	0.30 ± 17.23	-1.84 ± 10.12	0.45
Escala EVA: nivel de dolor	0.10 ± 2.36	-4.72 ± 1.91	<0.001*
Escala BABVD	-0.50 ± 6.57	1.30 ± 4.72	0.12
Escala DME	0.84 ± 2.39	-4.16 ± 5.08	<0.001*
Nivel de distrés emocional del paciente.	1.46 ± 2.36	-5.28 ± 1.60	<0.001*
Escala HADS	2.44 ± 4.73	-8.84 ± 4.54	<0.001*
Total Depresión	1.02 ± 2.42	-4.06 ± 2.82	<0.001*
Total Ansiedad	1.42 ± 2.99	-4.78 ± 2.67	<0.001*
Escala PHQ9	2.38 ± 4.84	-5.44 ± 4.49	<0.001*

Media ± DE: desviación estándar; p valor significativo: *p<0.05

8.2.3.1 Parámetros fisiológicos (Constantes vitales):

Figura 14: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Resultados Constantes vitales Inicio y Fin de estudio



Grupo control (GC)

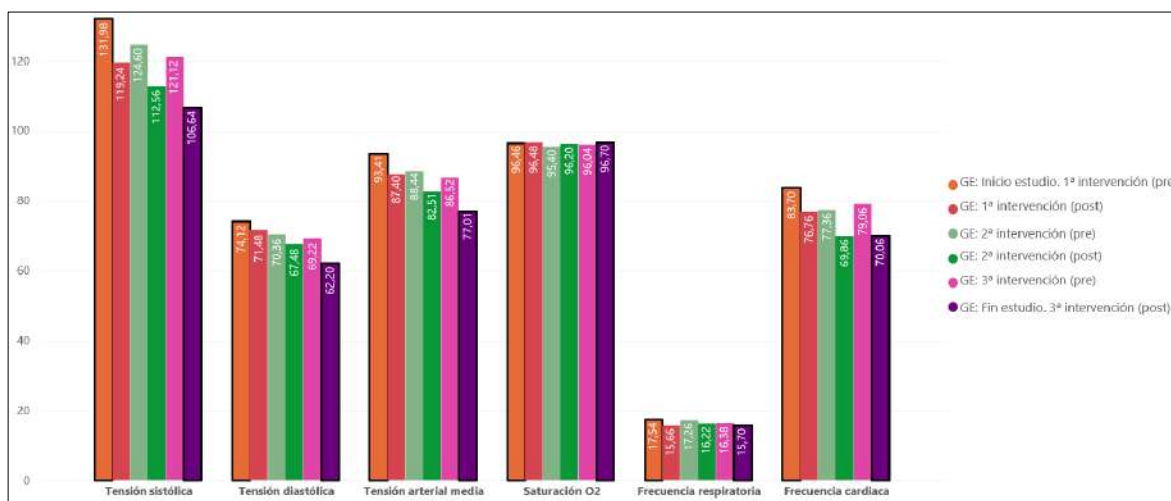
En el grupo control, los valores de presión arterial sistólica aumentaron significativamente desde 125.50 ± 17.74 mmHg al inicio del estudio hasta 134.68 ± 19.49 mmHg al final ($p = 0.016$), mientras que la presión arterial diastólica no mostró cambios significativos ($p = 0.30$). La tensión arterial media también presentó un incremento, aunque sin alcanzar significancia estadística ($p = 0.053$). La frecuencia cardíaca mostró un ligero aumento de 86.06 ± 14.36 bpm a 90.64 ± 20.97 bpm, sin embargo, esta variación no fue significativa ($p = 0.21$). La saturación de oxígeno (SaO₂) y la frecuencia respiratoria permanecieron estables a lo largo del estudio, sin cambios estadísticamente significativos.

Grupo experimental (GE)

En el GE, los cambios en las constantes vitales fueron más pronunciados y estadísticamente significativos. La presión arterial sistólica se redujo significativamente en todas las intervenciones, con una disminución promedio de 25.34 ± 16.51 mmHg ($p < 0.001$), observándose un descenso notable ya desde la primera intervención (de 131.98 ± 17.74 mmHg a 106.64 ± 15.00 mmHg). La presión arterial diastólica también mostró una reducción significativa ($p < 0.001$), destacando una mejora notable tras la primera sesión

(de 74.12 ± 11.66 mmHg a 62.20 ± 7.78 mmHg). La tensión arterial media reflejó una mejora general en la regulación hemodinámica, con reducciones significativas en todas las intervenciones ($p < 0.001$). A su vez, la frecuencia cardíaca disminuyó significativamente de 83.70 ± 13.50 bpm a 70.06 ± 9.90 bpm ($p < 0.001$), sugiriendo un efecto calmante y modulador del estrés de las intervenciones. En ambos grupos, la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria se mantuvieron estables, sin cambios significativos, lo cual indica una estabilidad en la función respiratoria y la ausencia de efectos adversos. En la siguiente figura se muestra en detalle la evolución de estas variables descritas por intervención.

Figura 15: Grupo experimental (GE) Resultados Constantes vitales Inicio, intervenciones y Fin de estudio



Comparativas entre grupos (GC y GE)

La comparación entre los grupos GC y GE mostró diferencias significativas en los cambios de las constantes vitales. Mientras que el GC experimentó un aumento leve en la mayoría de los parámetros, el GE mostró una reducción significativa en la presión arterial sistólica, diastólica y media, así como en la frecuencia cardíaca. Estos resultados, con valores de $p < 0.001$, subrayan la influencia positiva de las intervenciones de arteterapia y musicoterapia en la regulación de estas constantes, destacando una mejora significativa en el bienestar fisiológico de los pacientes del GE.

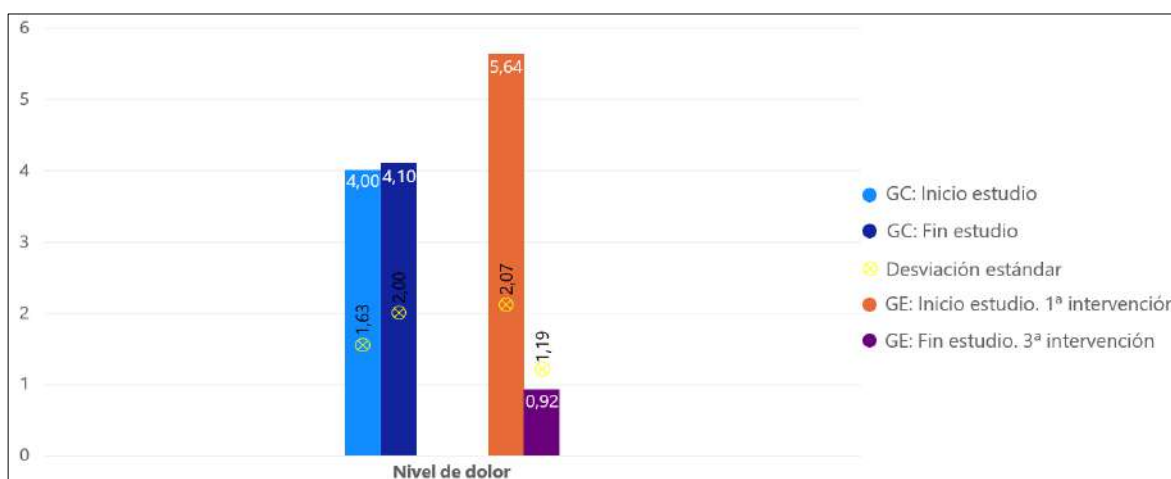
Por otro lado, la ausencia de cambios significativos en la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria en ambos grupos refuerza la especificidad de los efectos observados en las otras constantes vitales. En el grupo control (GC), la saturación de oxígeno varió

mínimamente de $95.64 \pm 3.25\%$ al inicio a $95.46 \pm 3.33\%$ al final del estudio, con un p-valor de 0.79, indicando que no hubo una variación significativa. De manera similar, en el grupo experimental (GE), la saturación de oxígeno se mantuvo prácticamente sin cambios, con valores de $96.46 \pm 2.12\%$ al inicio y $96.70 \pm 2.55\%$ al final, con un p-valor de 0.61. Respecto a la frecuencia respiratoria, el GC mostró una variación insignificante de 20.88 ± 18.70 respiraciones por minuto (rpm) al inicio a 21.18 ± 16.35 rpm al final ($p = 0.93$). En el GE, los cambios en la frecuencia respiratoria también fueron mínimos, con una reducción de 17.54 ± 3.38 rpm a 15.70 ± 10.50 rpm ($p = 0.24$) después de la primera intervención, y fluctuaciones menores en las intervenciones posteriores.

Estos datos muestran que las intervenciones de arteterapia y musicoterapia no provocaron cambios significativos en la saturación de oxígeno ni en la frecuencia respiratoria, lo que sugiere que sus efectos están más centrados en la modulación del estrés y la respuesta cardiovascular, como lo reflejan las mejoras en la presión arterial y la frecuencia cardíaca. Esto refuerza la idea de que estas terapias producen efectos específicos sin alterar la función respiratoria, consolidando su potencial como herramientas complementarias al tratamiento convencional para mejorar el bienestar físico y emocional de los pacientes oncológicos.

8.2.3.2 Escala EVA: Control del nivel del dolor

Figura 16: Grupo control (GC) y Grupo experimental (GE) Resultados Escala EVA Inicio y Fin de estudio



La evaluación de la intensidad del dolor mediante la Escala Visual Analógica (EVA) muestra

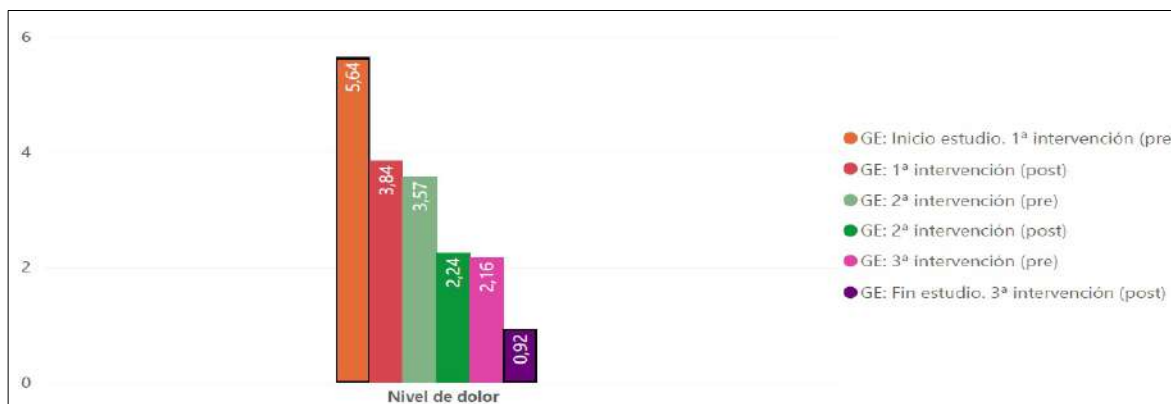
diferencias notables entre los grupos control (GC) y experimental (GE), especialmente tras las intervenciones de arteterapia y musicoterapia. Es importante considerar que todos los pacientes, independientemente del grupo, reciben tratamiento farmacológico estándar para el manejo del dolor, lo cual incluye tanto medicación oral como intravenosa o subcutánea, según lo requiera el caso.

Grupo control (GC)

En el grupo control, los niveles de dolor se mantuvieron relativamente estables a lo largo del estudio. Al inicio, el nivel promedio de dolor fue de 4.00 ± 1.63 en la escala EVA, y al final del estudio, apenas se observó un cambio insignificante a 4.10 ± 2.00 ($p = 0.78$). Este resultado sugiere que el manejo farmacológico del dolor proporcionó un control adecuado pero sin mejoras notables adicionales en la percepción del dolor durante el período de observación.

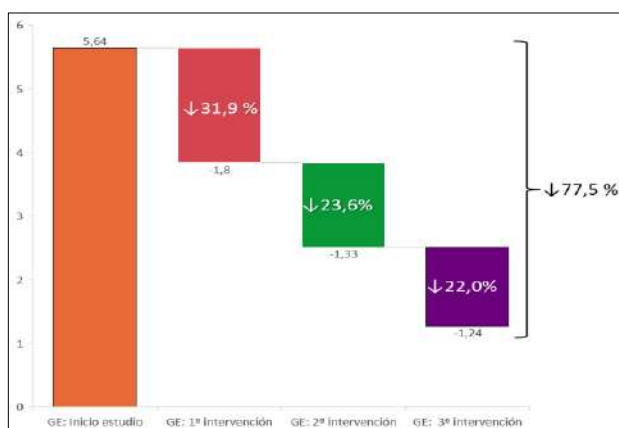
Grupo experimental (GE)

Figura 17: Grupo experimental (GE). Resultados escala EVA: Inicio o 1ª intervención, 2ª intervención y Fin o 3ª intervención



El grupo experimental mostró una reducción significativa en los niveles de dolor tras las intervenciones de arteterapia y musicoterapia. Al inicio del estudio, el nivel promedio de dolor reportado fue de 5.64 ± 2.07 . Después de las tres intervenciones, este nivel disminuyó notablemente a 0.92 ± 1.19 ($p < 0.001$). Esta reducción significativa sugiere que las intervenciones complementarias pueden desempeñar un papel importante en la percepción y manejo del dolor, complementando los efectos de la medicación farmacológica.

Figura 18: Grupo experimental (GE). Evolución porcentual de la escala EVA: Inicio o 1ª intervención, 2ª intervención y Fin o 3ª intervención



A lo largo del proceso, se observó una disminución continua en los niveles de dolor tras cada intervención. Tras la primera intervención, el impacto fue notable, con una disminución del nivel de dolor del 31.9% (5.64 ± 2.07 a 3.84 ± 2.03 ; $p < 0.001$). La segunda intervención continuó con esta tendencia de 3.57 ± 1.68 a 2.24 ± 1.55 ($p < 0.001$). Tras la tercera intervención, se registró un ligero incremento en los niveles de dolor respecto a la 2ª intervención (post) , alcanzando 2.16 ± 1.71 . A pesar de este incremento, los niveles de dolor fueron significativos, permanecieron un 77.5% más bajos que al inicio del estudio, destacando la eficacia sostenida de las intervenciones. Esta reducción es notable, especialmente considerando que todos los pacientes ya estaban bajo tratamiento analgésico pautado durante su hospitalización.

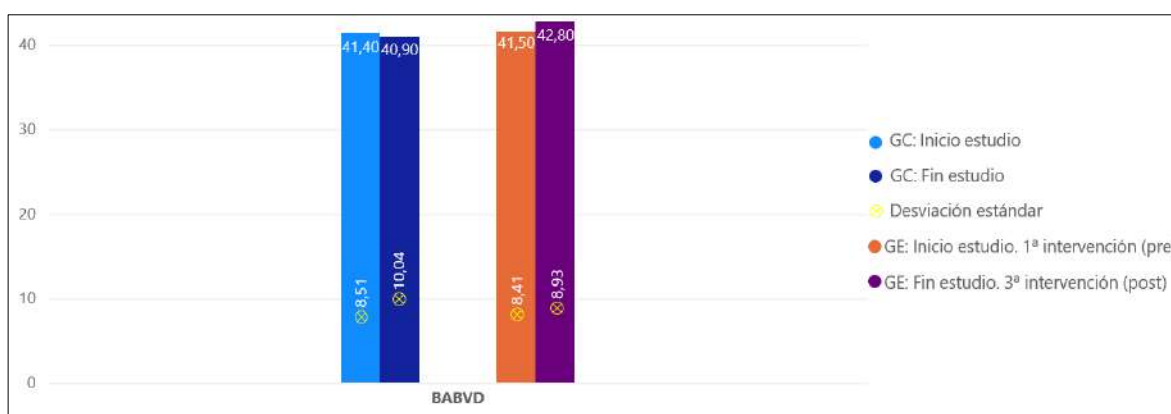
Aunque la percepción del dolor es subjetiva, estos resultados coinciden con estudios recientes ^[397,398] que han demostrado que incluso una sola sesión de musicoterapia puede reducir el dolor en pacientes oncológicos apoyando la idea de que estas terapias tienen un efecto positivo en la disminución del dolor en pacientes con cáncer complementándose al tratamiento farmacológico estándar según las necesidades individuales de cada paciente. Si bien es necesario seguir investigando para comprender mejor la interacción entre estas intervenciones y la analgesia, la evidencia actual refuerza la integración de estas terapias como herramientas efectivas, no invasivas y humanizadoras en el manejo del dolor oncológico.

Comparativa entre grupos (GC y GE)

La comparación de los cambios en los niveles de dolor entre los grupos GC y GE revela una diferencia significativa. Mientras que el GC mostró una variación mínima de 0.10 ± 2.36 , el GE experimentó una reducción promedio de -4.72 ± 1.91 ($p < 0.001$). Estos resultados destacan la relevancia de las intervenciones terapéuticas complementarias para el manejo del dolor en pacientes oncológicos, mostrando una reducción del dolor que va más allá de lo alcanzado únicamente con el tratamiento farmacológico estándar.

8.2.3.3 Índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria (BABVD)

Figura 19: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Resultados BABVD Inicio y Fin de estudio



El índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria (BABVD) evalúa la capacidad de un paciente para realizar de forma independiente diez actividades de la vida diaria. El rango de 0 a 50, el mismo principio se aplica, donde 0 refleja una dependencia total y 50 refleja independencia total en las actividades básicas.

Grupo control (GC)

En el grupo control, se observó una leve disminución en el puntaje del BABVD, pasando de 41.40 ± 8.51 al inicio del estudio a 40.90 ± 10.04 al final del mismo ($p = 0.79$). Esta ligera reducción, aunque no estadísticamente significativa, podría reflejar la natural evolución de la enfermedad o las limitaciones físicas propias de los pacientes hospitalizados, sin una intervención específica orientada a mejorar la autonomía funcional.

Grupo experimental (GE)

En el grupo experimental, los resultados mostraron una tendencia hacia la mejora de la autonomía funcional, con un incremento del BABVD desde 41.50 ± 8.41 antes de la primera intervención hasta 42.80 ± 8.93 después de la tercera intervención ($p = 0.46$). Aunque esta

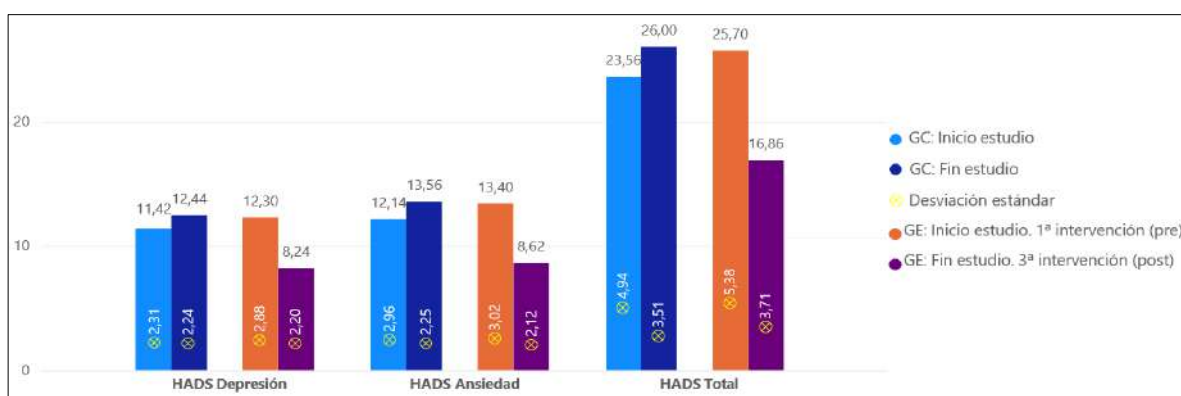
mejora no alcanzó significancia estadística, es importante considerar que los cambios observados podrían estar relacionados con un efecto positivo de las intervenciones de arteterapia y musicoterapia en el bienestar emocional y la percepción de autonomía de los pacientes. Las terapias complementarias podrían haber contribuido a un mayor sentimiento de capacidad y motivación, influenciando de manera indirecta su desempeño en actividades básicas.

Comparativa entre grupos (GC y GE)

La comparación entre ambos grupos mostró una diferencia en la evolución del BABVD. Mientras que el GC presentó una disminución promedio de -0.50 ± 6.57 , el GE experimentó un aumento de 1.30 ± 4.72 ($p = 0.12$). Aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa, la tendencia positiva en el GE sugiere que las intervenciones podrían tener un impacto beneficioso en la percepción de capacidad y autonomía de los pacientes. Este hallazgo resalta la necesidad de futuros estudios para explorar de manera más profunda la relación entre las terapias complementarias y la mejora en las actividades de la vida diaria.

8.2.3.4 Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

Figura 20: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Resultados HADS Inicio y Fin de estudio



La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) se divide en dos subescalas: ansiedad y depresión, cada una con un rango de puntuación de 0 a 21, y una puntuación total que puede variar entre 0 y 42. Ausencia de síntomas (0-7), presencia de síntomas (8-10) y cuadro clínico significativo (11-21).

Grupo control (GC)

Al inicio del estudio, los pacientes del GC presentaron una puntuación total de HADS de 23.56 ± 4.94 , con un incremento significativo hasta 26.00 ± 3.51 al final del estudio ($p = 0.005$), indicando un empeoramiento general en los síntomas emocionales. Específicamente,

la subescala de depresión mostró un aumento de 11.42 ± 2.31 a 12.44 ± 2.24 ($p = 0.027$), y la subescala de ansiedad incrementó de 12.14 ± 2.96 a 13.56 ± 2.25 ($p = 0.008$). Estos cambios sugieren un empeoramiento de los síntomas de ansiedad y depresión desde el ingreso de estos pacientes y por tanto durante el transcurso del estudio, reflejando el impacto emocional negativo que puede tener el curso de la enfermedad y su tratamiento clínico sin un abordaje psicológico individualizado.

Grupo experimental (GE)

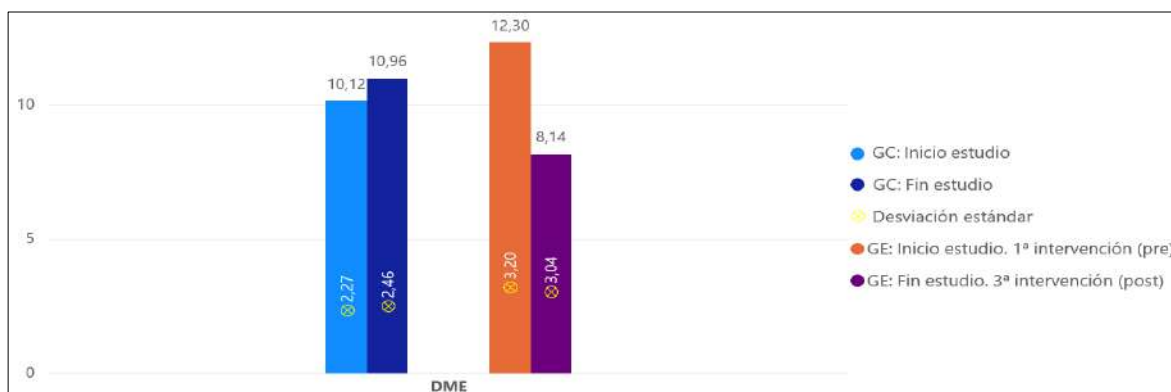
En contraste, los pacientes del GE experimentaron mejoras significativas en la puntuación total de HADS tras las intervenciones de arteterapia y musicoterapia. La puntuación total de HADS disminuyó notablemente de 25.70 ± 5.38 a 16.86 ± 3.71 ($p < 0.001$) desde el inicio hasta el final del estudio, evidenciando una mejora considerable en el bienestar emocional. En la subescala de depresión, la puntuación se redujo de 12.30 ± 2.88 a 8.24 ± 2.20 ($p < 0.001$), y en la subescala de ansiedad, de 13.40 ± 3.02 a 8.62 ± 2.12 ($p < 0.001$). Estos resultados demuestran que las intervenciones no farmacológicas pueden ayudar a reducir significativamente los síntomas de ansiedad y depresión, especialmente cuando se integran con un seguimiento psicológico adecuado.

Comparativa entre grupos (GC y GE)

La comparación entre los grupos control y experimental reveló diferencias significativas en la evolución de los síntomas emocionales. Mientras que el GC experimentó un incremento promedio en la puntuación total de HADS de 2.44 ± 4.73 , el GE mostró una reducción de -8.84 ± 4.54 ($p < 0.001$). En la subescala de depresión, el GC tuvo un aumento de 1.02 ± 2.42 , mientras que el GE presentó una disminución de -4.06 ± 2.82 ($p < 0.001$). De manera similar, en la subescala de ansiedad, el GC incrementó en 1.42 ± 2.99 , contrastando con una reducción de -4.78 ± 2.67 en el GE ($p < 0.001$).

8.2.3.5 Cuestionario de Detección de Mal Estar Emocional (DME)

Figura 21: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Resultados DME Inicio y Fin de estudio



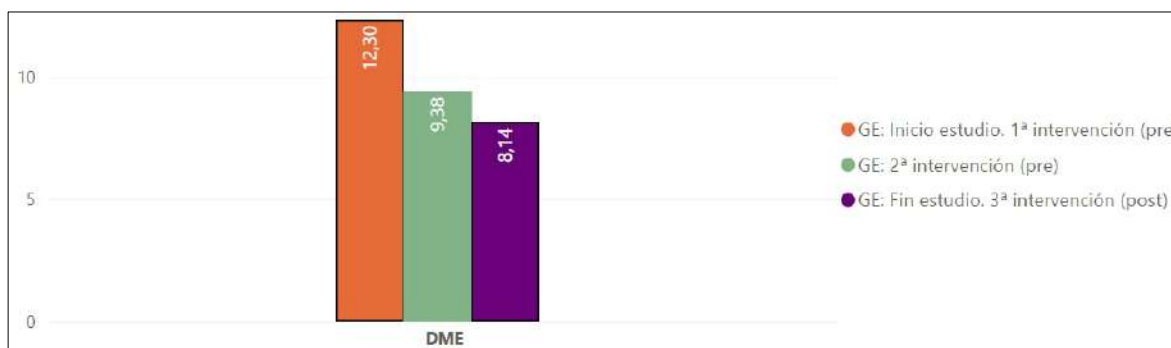
El Cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) se desarrolló para llenar el vacío existente en la evaluación del malestar emocional específico en pacientes con cáncer avanzado. Permite una valoración precisa del estado de ánimo y la forma en que los pacientes enfrentan su situación. La puntuación total del DME oscila entre 0 y 20, siendo el punto de corte para detectar malestar emocional una puntuación igual o superior a 9.

Grupo control (GC)

En el grupo control, los pacientes presentaron una puntuación inicial promedio en el DME de 10.12 ± 2.27 , la cual incrementó ligeramente a 10.96 ± 2.46 al final del estudio, sin alcanzar significancia estadística ($p = 0.081$). Este resultado sugiere una estabilidad relativa en los niveles de malestar emocional a lo largo del estudio, aunque se observa una tendencia general hacia el malestar emocional leve, dado que la puntuación media se mantuvo por encima del punto de corte de 9.

Grupo experimental (GE)

Figura 22: Grupo experimental (GE). Resultados DME: Inicio o 1ª intervención, 2ª intervención y Fin o 3ª intervención



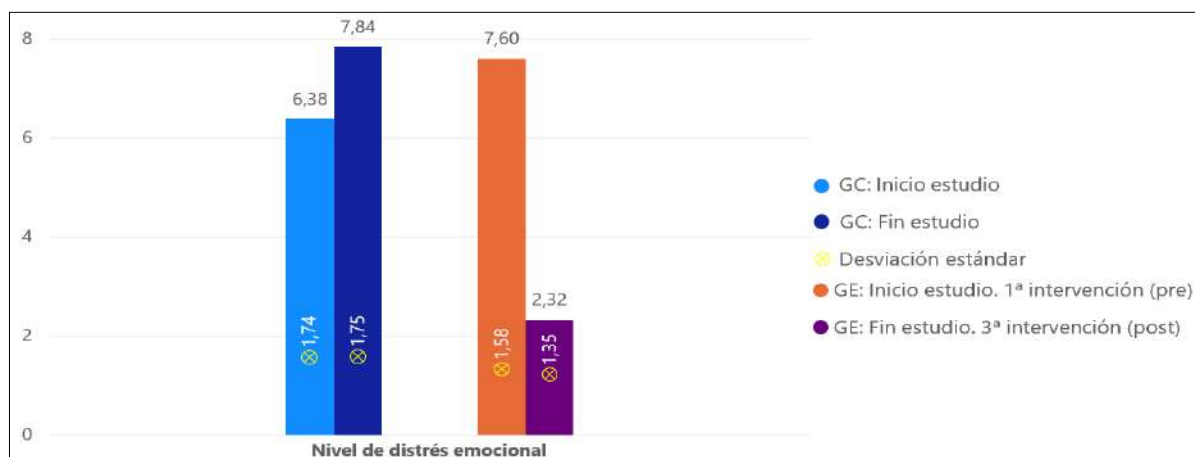
En el grupo experimental, los resultados fueron más significativos. Al inicio del estudio, la puntuación media en el DME fue de 12.30 indicando un nivel moderado de malestar emocional. Tras las intervenciones de arteterapia y musicoterapia, la puntuación disminuyó significativamente a 8.14 ($p < 0.001$), reflejando una reducción notable en los niveles de malestar emocional. Es importante destacar que esta mejora se mantuvo consistente a lo largo de las tres intervenciones, con una reducción evidente desde la primera sesión, lo cual subraya la efectividad temprana de estas terapias complementarias en el manejo del malestar emocional.

Comparativa entre grupos (GC y GE)

La comparación de los resultados entre el GC y el GE mostró diferencias significativas en la evolución del malestar emocional. Mientras que el GC experimentó un leve incremento promedio de 0.84 ± 2.39 , el GE mostró una notable reducción de -4.16 ± 5.08 ($p < 0.001$). Esta diferencia destaca la efectividad de las intervenciones de arteterapia y musicoterapia en la reducción del malestar emocional, contrastando con la estabilidad o leve empeoramiento observado en el GC.

8.2.3.6 Escala Termómetro Distrés

Figura 23: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE) Resultados Distrés emocional Inicio y Fin de estudio



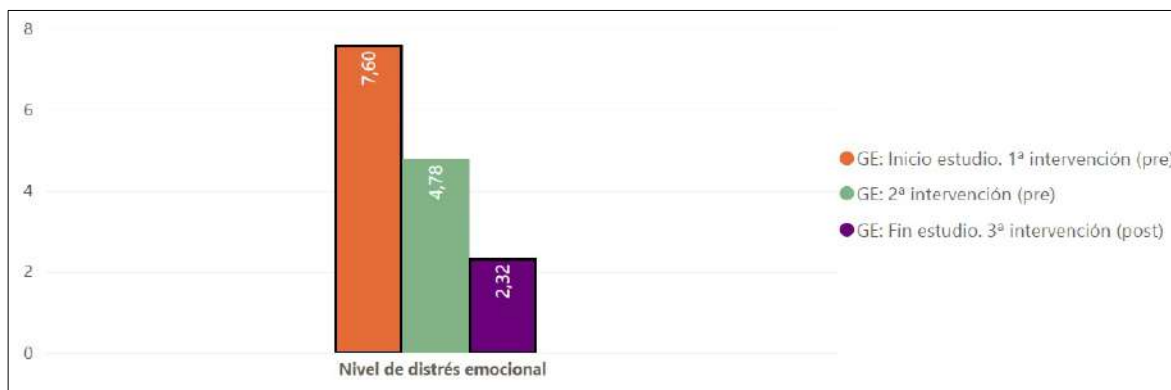
El Termómetro de Distrés proporciona una medida rápida y objetiva del malestar emocional o "distress". Esta herramienta, con una escala de 0 a 10, permite identificar el nivel de sufrimiento psicológico, donde una puntuación de 5 o más indica la necesidad de intervención, con derivación opcional entre 4 y 6, y obligatoria entre 7 y 10.

Grupo control (GC)

En grupo control, los pacientes mostraron un incremento significativo en el nivel de distrés emocional durante el estudio, pasando de una media de 6.38 ± 1.74 al inicio a 7.84 ± 1.75 al final ($p < 0.001$). Este aumento refleja un empeoramiento del estado emocional, posicionando a la mayoría de los pacientes en un rango que sugiere la necesidad de intervención psicológica a medida que progresa el tratamiento oncológico. El incremento de distrés en este grupo destaca la carga emocional creciente que puede acompañar el tratamiento oncológico, sin las intervenciones complementarias adecuadas.

Grupo experimental (GE)

Figura 24: Grupo experimental (GE). Resultados Distrés emocional: Inicio o 1ª intervención, 2ª intervención y Fin o 3ª intervención



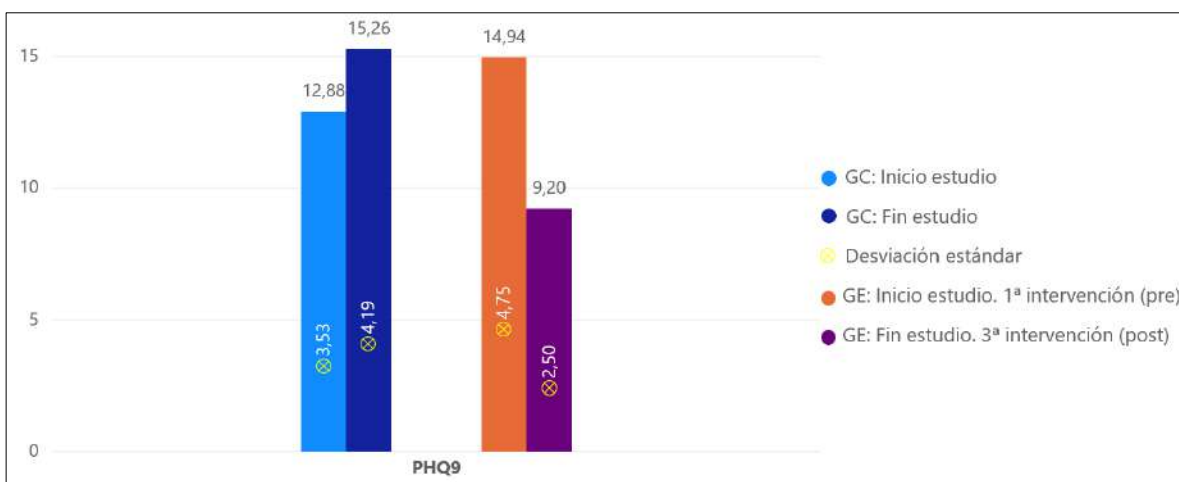
En contraste, los pacientes del grupo experimental mostraron una reducción significativa en el nivel de distrés emocional después de recibir intervenciones de arteterapia y musicoterapia. La puntuación media de distrés emocional disminuyó de 7.60 ± 1.58 al inicio a 2.32 ± 1.35 al final del estudio ($p < 0.001$), lo que indica una mejora notable en el bienestar emocional. Esta mejora fue evidente desde la primera intervención, con una reducción de la puntuación de 7.60 ± 1.58 a 4.78 ± 1.49 ($p < 0.001$). Aunque estos resultados sugieren un efecto positivo de las terapias complementarias, es importante destacar la necesidad de un abordaje inicial psicológico, ya que la derivación y seguimiento continuo por un profesional de la psicología son fundamentales para maximizar los beneficios de estas intervenciones.

Comparativa entre grupos (GC y GE)

La comparación entre el GC y el GE destaca una divergencia significativa en la evolución del distrés emocional. Mientras que el GC experimentó un incremento promedio de 1.46 ± 2.36 , el GE mostró una notable disminución de -5.28 ± 1.60 ($p < 0.001$). Estos resultados reflejan la eficacia de las intervenciones complementarias en la gestión del malestar emocional, demostrando que, cuando se integran con el tratamiento oncológico estándar, pueden aliviar significativamente los síntomas de distrés.

8.2.3.7 Escala de la Salud del paciente PHQ9

Figura 25: Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE): Resultados PHQ9 Inicio y Fin de estudio



La Escala PHQ-9 evalúa la presencia de síntomas depresivos basados en los criterios del DSM-IV. Con puntuaciones que van de 0 a 27, esta escala clasifica la depresión en cinco categorías: ninguno o mínimo (0-4), leve (5-9), moderado (10-14), moderadamente severo (15-19), y grave (20-27). Un puntaje de 10 o más sugiere la presencia de depresión.

Grupo control (GC)

En el grupo control, los pacientes mostraron un aumento significativo en la puntuación de la escala PHQ-9, pasando de un promedio de 12.88 ± 3.53 al inicio del estudio a 15.26 ± 4.19 al final ($p = 0.003$). Este aumento indica un empeoramiento de los síntomas depresivos, llevando a muchos pacientes a pasar de una categoría de depresión moderada a moderadamente severa. Estos resultados refuerzan la progresión negativa del estado emocional en ausencia de un seguimiento de intervenciones psicológicas y complementarias específicas resaltando la necesidad de intervenciones adicionales que afronten el deterioro emocional en este grupo.

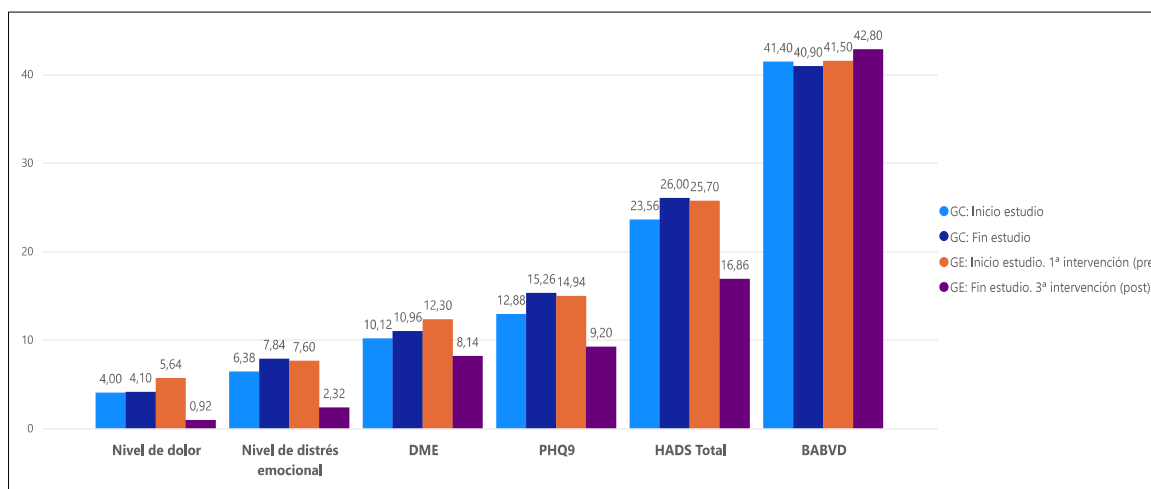
Grupo experimental (GE)

Por otro lado, los pacientes del grupo experimental experimentaron una disminución significativa en la puntuación de la escala PHQ-9 tras las intervenciones de arteterapia y musicoterapia, realizadas. La puntuación media disminuyó de 14.94 ± 4.75 a 9.20 ± 2.50 ($p < 0.001$), lo que refleja una mejora en los síntomas depresivos. Este descenso fue evidente desde la primera intervención, donde se observó una reducción significativa en la puntuación de depresión. Estos resultados sugieren que las intervenciones terapéuticas contribuyen de manera efectiva a la reducción de los síntomas depresivos.

Comparativa entre grupos (GC y GE)

La comparación entre los grupos control y experimental resalta diferencias significativas en la evolución de los síntomas depresivos. Mientras que el GC experimentó un aumento promedio en la puntuación de PHQ-9 de 2.38 ± 4.84 , el GE mostró una disminución significativa de -5.44 ± 4.49 ($p < 0.001$). Estos resultados concluyen la influencia positiva de las intervenciones de arteterapia y musicoterapia en la mejora del estado emocional de los pacientes.

Figura 26. Grupo control(GC) y Grupo experimental(GE): RESUMEN. Comparativa de resultados nivel del dolor, TD, DME, PHQ9, HADS y BABVD. Inicio y Fin de estudio



9. DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación se ha centrado en la evaluación del impacto de las intervenciones de arteterapia y musicoterapia en la mejora del bienestar emocional de pacientes adultos oncológicos hospitalizados en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. Este estudio abarca un total de 100 pacientes, seleccionados entre marzo de 2023 hasta septiembre de 2024, con el objetivo de analizar de manera rigurosa y sistemática la efectividad de estas terapias creativas como complemento al tratamiento oncológico convencional. A través de este análisis, hemos identificado tres hallazgos clave.

Primero, se ha demostrado que la integración de la arteterapia y la musicoterapia en el entorno hospitalario puede reducir significativamente los niveles de ansiedad, depresión y distrés en los pacientes oncológicos, lo que sugiere que estas intervenciones no solo son viables, sino también altamente beneficiosas.

Segundo, se ha constatado que las terapias creativas pueden influir positivamente en parámetros fisiológicos como la presión arterial y la frecuencia cardíaca, evidenciando su potencial para mejorar tanto el bienestar emocional como físico del paciente.

Finalmente, los resultados han mostrado una tendencia hacia la mejora en la percepción de autonomía y capacidad funcional en los pacientes que recibieron estas intervenciones, aunque sin alcanzar significación estadística, lo que plantea la necesidad de continuar investigando en esta área.

Con estos resultados en mente, procederemos a discutir de manera estructurada cómo los hallazgos de este estudio responden a los objetivos planteados en esta tesis doctoral. Posteriormente, se abordarán los retos contraídos y las limitaciones del estudio, para finalmente delinear futuras líneas de investigación que puedan expandir y profundizar los conocimientos adquiridos en esta investigación.

9.1 SOBRE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Discusión sobre los objetivos primarios

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la eficacia de las intervenciones de arteterapia y musicoterapia en la reducción de la ansiedad, depresión y distrés en pacientes adultos oncológicos hospitalizados. A través de un diseño cuasi experimental y un enfoque meticuloso, este estudio se ha posicionado como un aporte fundamental en la literatura sobre la integración de terapias creativas en la atención oncológica. Los resultados obtenidos muestran una disminución significativa en las puntuaciones de las escalas HADS, DME y PHQ-9 en el grupo experimental (GE) en comparación con el grupo control (GC). Esto no solo valida la hipótesis planteada, sino que también resalta la capacidad transformadora de las intervenciones creativas en el manejo emocional de los pacientes oncológicos.

Los pacientes que recibieron las intervenciones de arteterapia y musicoterapia experimentaron una reducción notable en los síntomas de ansiedad, depresión y distrés, lo que demuestra que estas terapias complementarias, pueden constituir un componente esencial en el tratamiento integral del cáncer. Estos resultados coinciden con la creciente evidencia que respalda la necesidad de un abordaje multidisciplinario que no solo se enfoque en el aspecto físico de la enfermedad, sino que también atienda las dimensiones emocionales y psicológicas que afectan profundamente la calidad de vida del paciente.

La literatura previa ha subrayado la importancia de abordar los aspectos emocionales en el tratamiento oncológico, pero pocos estudios han explorado de manera rigurosa y estructurada la integración de terapias creativas en este contexto. Este estudio, realizado en un entorno hospitalario de referencia como el Hospital 12 de Octubre de Madrid, demuestra que la arteterapia y la musicoterapia pueden reducir significativamente el malestar emocional de los pacientes, proporcionando evidencia sólida para su inclusión en los protocolos clínicos.

Discusión sobre los objetivos secundarios

El estudio también tuvo como objetivos secundarios describir las características sociodemográficas y clínico-patológicas de la población de estudio, así como evaluar el impacto de las intervenciones en parámetros fisiológicos y la capacidad funcional de los pacientes. Los resultados muestran una diversidad significativa en los niveles educativos, ocupaciones y estructuras de convivencia, lo que refuerza la necesidad de adaptar las intervenciones terapéuticas a las características individuales de los pacientes.

En términos de parámetros clínicos, la reducción significativa en la presión arterial y la frecuencia cardíaca en el GE sugiere que las intervenciones de arteterapia y musicoterapia tienen un efecto positivo no solo en el bienestar emocional, sino también en la regulación de respuestas fisiológicas asociadas al estrés. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que han identificado la reducción del estrés como un mecanismo clave a través del cual las terapias creativas pueden influir en la salud física de los pacientes. La estabilidad observada en la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria refuerza la especificidad de los efectos observados, indicando que estas intervenciones no producen cambios fisiológicos adversos, sino que mejoran el bienestar general del paciente.

Aunque el aumento en el Índice de Barthel (BABVD) no fue estadísticamente significativo, la tendencia positiva observada en el GE sugiere que las intervenciones podrían mejorar la percepción de autonomía y capacidad funcional en los pacientes. Este hallazgo, aunque preliminar, plantea la necesidad de futuros estudios que exploren de manera más profunda la relación entre las terapias creativas y la recuperación funcional, un aspecto crucial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Discusión sobre los objetivos de las intervenciones en el Grupo Experimental

Las tres intervenciones desarrolladas en este estudio reflejan un enfoque innovador y profundamente fundamentado en el uso del arte y la música como herramientas terapéuticas en la oncología. Cada intervención fue diseñada no solo para abordar el malestar emocional de los pacientes, sino para ofrecer un espacio de expresión creativa que facilitara la introspección y la regulación emocional. (*Véase el anexo: 12.10 Experiencia creativa de los pacientes a través de la arteterapia y la musicoterapia.*)

- **Primera intervención: "Coloreando emociones"**. Se centró en la exploración de la relación entre emociones y colores, tomando como referencia la obra de Marc Chagall y la teoría de las emociones básicas de Paul Ekman. Los resultados obtenidos de esta intervención indican que los pacientes pudieron identificar y expresar sus emociones de manera más efectiva, lo que contribuyó significativamente a la reducción de la ansiedad y la depresión. La utilización del arte como medio para reflejar el estado emocional permitió a los pacientes conectar con sus sentimientos de una manera que las intervenciones clínicas tradicionales rara vez logran. Este enfoque también facilitó el autoconocimiento emocional, un aspecto fundamental en el manejo de enfermedades crónicas como el cáncer.

Figura 27. Fotografía de los autores. Creación artística inspirada en la intervención 1ª intervención "coloreando emociones".



- **Segunda intervención: "Liberación emocional y escucha sensible"**. Se inspiró en la obra de Wassily Kandinsky y su teoría de la sinestesia, que relaciona sonido, color y emoción. La música, en combinación con la creación artística, permitió a los pacientes procesar sus emociones de una manera no verbal, facilitando una liberación emocional profunda. La obra "Amarillo, rojo y azul" de Kandinsky sirvió como catalizador para que los pacientes exploraran la interacción entre sus estados emocionales y las formas abstractas, lo que resultó en una reducción significativa del estrés emocional. Este enfoque multisensorial demostró ser altamente efectivo para la regulación emocional, subrayando la importancia de considerar las experiencias sensoriales en el diseño de intervenciones terapéuticas.

Figura 28. Fotografía de los autores. Creación artística inspirada en la intervención 2ª intervención "Liberación emocional y escucha sensible".



- **Tercera intervención: "Espacio de evasión a través de un entorno musical".** Combinó técnicas de relajación como el mindfulness y la respiración diafragmática con la musicoterapia, proporcionando un espacio de calma y aceptación para los pacientes. Los resultados de esta intervención mostraron una reducción significativa en los niveles de ansiedad y distrés, así como una mayor aceptación de la situación vital. La capacidad de las técnicas de relajación para inducir un estado de introspección y paz interior fue potenciada por la música, que actuó como un ancla emocional durante la sesión. Esta intervención no solo ayudó a los pacientes a manejar mejor sus emociones, sino que también les proporcionó herramientas prácticas para enfrentar los desafíos de su enfermedad a largo plazo.

Figura 29. Fotografía de los autores. Creación artística inspirada en la intervención 3ª intervención "Espacio de evasión a través de un entorno musical".



9.2 SOBRE PARTICIPACIÓN Y RECLUTAMIENTO DE PACIENTES

La inclusión y participación de pacientes en este estudio fue un proceso desafiante debido a la naturaleza compleja de la población oncológica hospitalizada. A lo largo del periodo de reclutamiento, que se extendió desde marzo de 2023 hasta junio de 2024, la inclusión de pacientes se logró mediante un enfoque dinámico y adaptado, aprovechando las oportunidades y superando las barreras inherentes a este tipo de investigación. Inicialmente, 156 pacientes cumplían con los criterios de inclusión predefinidos, pero, debido a diversos motivos, 24 pacientes (15.38%) fueron excluidos del estudio en fases tempranas. 17 pacientes fueron descartados por razones clínicas, como altas hospitalarias antes del inicio del estudio, progresión de la enfermedad o traslado a otras unidades, mientras que 7 pacientes (4.48%) rechazaron participar, principalmente por el desánimo de involucrarse en otro proceso hospitalario o porque no consideraban que las intervenciones creativas fueran relevantes para ellos.

El éxito en la inclusión de los pacientes estuvo en gran medida determinado por las facilidades proporcionadas por la supervisora de enfermería de la unidad y los compañeros sanitarios así como por mi experiencia previa como enfermera en la planta de hospitalización de oncología. Conocer el funcionamiento interno de la unidad, las rutinas diarias y contar con la confianza del equipo de enfermería y médicos facilitó el proceso de reclutamiento. Aunque la inclusión fue más lenta al principio, debido a que compaginaba mis responsabilidades asistenciales con la investigación, la situación mejoró notablemente una vez que obtuve una beca de intensificación que me permitió dedicarme plenamente al proyecto. Este cambio en la disponibilidad fue crucial para acelerar el reclutamiento de pacientes, y el apoyo constante del equipo de enfermería resultó fundamental para la logística de la recogida de datos, especialmente en el grupo control.

La flexibilidad en la realización de las intervenciones durante el período de hospitalización de los pacientes fue uno de los factores clave para lograr una alta participación y reducir el rechazo y el abandono. A diferencia de estudios que requieren desplazamientos o modificaciones en la rutina de los pacientes, en este caso, se adaptaron las intervenciones a las necesidades de cada persona desplazándonos a la habitación del paciente, lo que minimizaba las molestias y facilitaba la adherencia al estudio. La investigación se integraba

en el tiempo de hospitalización, un periodo en el que los pacientes estaban más receptivos a participar debido a la naturaleza "in situ" de las intervenciones. Este enfoque garantizó que las intervenciones creativas, como la arteterapia y la musicoterapia, fueran bien recibidas y se mantuviera un alto nivel de participación.

Además, el respaldo del equipo médico y de enfermería jugó un papel decisivo en el éxito del estudio. Muchos pacientes se sintieron motivados a participar al ver que sus oncólogos, enfermeras y auxiliares apoyaban la iniciativa y conocían a la terapeuta, quien también era parte del equipo de enfermería. La confianza generada por esta relación permitió superar muchas de las reticencias iniciales y fue fundamental para mantener la continuidad de las intervenciones. A lo largo del estudio, el interés por las terapias creativas creció no solo entre los pacientes, sino también entre sus familias, que observaban con curiosidad los materiales artísticos y los instrumentos musicales que se utilizaban. Este ambiente colaborativo dentro de la unidad fue clave para reducir el rechazo y aumentar la adherencia al tratamiento.

Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, el estudio enfrentó algunas pérdidas. 13 pacientes en el grupo control y 19 en el grupo experimental no lograron completar las intervenciones debido a complicaciones médicas, cambios en los calendarios de tratamiento o altas hospitalarias previas al periodo de intervención requerido. Es importante destacar que la mayoría de estos abandonos no fueron causados por el desinterés de los pacientes, sino por circunstancias externas derivadas de la evolución de su enfermedad o la logística hospitalaria. La flexibilidad en la planificación permitió que estos inconvenientes no afectaran el objetivo principal del estudio. A medida que surgían abandonos, nuevos pacientes eran incluidos en el estudio hasta completar los 50 pacientes en cada grupo, lo que refleja el compromiso en alcanzar las metas propuestas.

Un aspecto particularmente notable durante el estudio fue la profunda implicación del personal de la unidad. En varias ocasiones, fueron mis propios compañeros quienes sugirieron la inclusión de pacientes en el estudio al detectar que atravesaban momentos de elevada carga emocional. Disfruté especialmente de los casos en los que los pacientes ya contaban con un seguimiento psicológico por parte de los equipos de psicooncología o de cuidados paliativos. Estas situaciones resaltaban claramente cómo el abordaje terapéutico

integral, combinando el apoyo psicológico con las intervenciones artístico-creativas, generaba un impacto mucho más profundo en el bienestar del paciente. Considero que este enfoque holístico es el camino ideal a seguir en el manejo de pacientes oncológicos.

Esta experiencia subrayó la importancia crucial del seguimiento psicológico en la unidad, coordinado por el equipo de psicología en estrecha colaboración con las terapias artísticas. Este modelo de coordinación, en el que se integran de manera fluida el apoyo psicológico y las intervenciones creativas, representa un desafío y una oportunidad para el futuro de la unidad, fomentando un abordaje más completo y eficaz del cuidado oncológico.

En resumen, el proceso de participación y reclutamiento de pacientes a pesar de las complejidades inherentes a la población oncológica y las limitaciones logísticas del entorno hospitalario, ha cumplido con los objetivos del diseño del estudio. El enfoque flexible y adaptado, junto con el apoyo del equipo sanitario y la integración de las intervenciones en la rutina de los pacientes, permitió lograr una tasa de participación alta y una tasa de rechazo relativamente baja. Este estudio no solo evidenció la viabilidad de integrar terapias creativas en el contexto hospitalario, sino que también destacó la importancia de la colaboración entre el equipo investigador y el personal clínico.

Figura 30. Fotografía de los autores. En agradecimiento al equipo multidisciplinar de la unidad, esta imagen ilustra el cuidado oncológico centrado en la persona.



9.3 SOBRE EL DISEÑO, PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

9.3.1 Diseño del estudio

El presente estudio se estructura bajo un diseño cuasi-experimental, prospectivo, longitudinal y no aleatorizado. La elección de este enfoque metodológico responde a la necesidad de evaluar la efectividad de intervenciones de arteterapia y musicoterapia en un entorno clínico oncológico, caracterizado por su complejidad y los retos éticos que impedirían una aleatorización completa. La asignación de los pacientes al grupo experimental o de control se basó en un criterio sencillo pero pragmático: el día de ingreso (par o impar). Aunque esta estrategia no alcanza la aleatorización absoluta, asegura una distribución equilibrada y reduce significativamente los sesgos asociados a la selección de los participantes. Este diseño, cuidadosamente adaptado a las condiciones clínicas reales, permitió una implementación práctica y eficiente de las intervenciones creativas, generando datos valiosos sobre su impacto en la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

9.3.2 Procedimiento y características de la muestra

El estudio se llevó a cabo en la planta de hospitalización del Servicio de Oncología del Hospital 12 de Octubre de Madrid, un centro de referencia que proporciona un entorno óptimo para la implementación de intervenciones terapéuticas artísticas. El hospital, con su enfoque centrado en el paciente y su modelo de atención multidisciplinar, brindó un marco ideal para integrar de manera fluida las terapias creativas con los tratamientos clínicos convencionales. La inclusión de la terapeuta artístico-creativa y enfermera en el equipo multidisciplinar fue fundamental, permitiendo una alineación coherente entre las diversas disciplinas involucradas en el cuidado del paciente.

La muestra del estudio, compuesta por 100 pacientes adultos oncológicos, se distribuyó equitativamente en un grupo experimental y un grupo de control, cada uno con 50 pacientes. La selección de la muestra, no aleatorizada y basada en el día de ingreso, facilitó una distribución balanceada entre ambos grupos, asegurando una representatividad adecuada dentro del contexto clínico. Este enfoque, aunque con las limitaciones inherentes a los diseños cuasi-experimentales, fue crucial para la viabilidad y relevancia del estudio, permitiendo que las intervenciones se adaptaran a las circunstancias reales de los pacientes

hospitalizados.

El entorno hospitalario, con su fuerte énfasis en un abordaje multidisciplinar, ofreció un marco cohesivo para la implementación de las intervenciones de arteterapia y musicoterapia. Esta estructura permitió que las intervenciones se diseñaran de manera personalizada, respondiendo a las complejas necesidades emocionales y físicas de los pacientes oncológicos. Si bien la ausencia de una aleatorización completa podría considerarse una limitación, la metodología empleada fue esencial para asegurar la aplicabilidad clínica y la pertinencia de los resultados obtenidos.

9.3.3 Variables estudiadas e instrumentos de evaluación

Las variables evaluadas en este estudio fueron seleccionadas con rigurosidad por su relevancia clínica en la población oncológica y su capacidad para reflejar de manera integral el impacto de las intervenciones artísticas en el bienestar del paciente. Dentro de las variables emocionales, se incluyeron los niveles de ansiedad, depresión y distrés, mientras que los parámetros fisiológicos evaluados comprendieron la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria. Además, se utilizó el Índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria (BABVD) para evaluar la funcionalidad del paciente, proporcionando una visión más amplia del estado físico y la capacidad de los pacientes para llevar a cabo actividades cotidianas.

Los instrumentos de evaluación empleados en este estudio fueron seleccionados por su validez y reconocimiento internacional. Entre ellos se encuentran la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y el Termómetro de Distrés (DME). Estos instrumentos, ampliamente validados en la investigación clínica, permitieron capturar una imagen holística del estado del paciente, facilitando una comprensión integral de cómo las intervenciones artísticas influían tanto en su bienestar emocional como físico. Este enfoque multidimensional aseguró que los resultados del estudio reflejaran con precisión los efectos de las terapias creativas.

Durante el desarrollo de este estudio, se constató la imperiosa necesidad de desarrollar herramientas de medición más precisas y específicas para evaluar los resultados de intervenciones de arteterapia y musicoterapia. Si bien las escalas y cuestionarios utilizados en este estudio permitieron monitorear aspectos clínico-psicológicos como la ansiedad, la depresión y el distrés, la literatura actual revela una carencia significativa de instrumentos que cuantifiquen de manera adecuada los resultados específicos de las terapias creativas.

Con el objetivo de abordar esta brecha, se puso en marcha de forma paralela un proyecto para traducir, adaptar culturalmente y validar al castellano dos herramientas clave: "*The Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale*" (SERATS) y "*The Music Therapy Session Assessment Scale*" (MT-SAS). Este proyecto, que se encuentra en fase avanzada de validación, pretende proporcionar herramientas más adecuadas y precisas para la evaluación de estas intervenciones en contextos clínicos como el oncológico. El avance en este proyecto permitirá en el futuro una evaluación más rigurosa y detallada del impacto de las terapias artísticas, fortaleciendo la base de evidencia en este campo emergente.

9.3.4 Momento de pasar las herramientas

Las herramientas de evaluación se administraron en momentos clave del estudio: antes de la primera intervención (pre-estudio) y después de la última intervención (post-estudio). Además, se realizaron mediciones intermedias, como la evaluación de constantes vitales, niveles de dolor y distrés, antes y después de cada una de las tres intervenciones, con el fin de capturar tanto el impacto inmediato como los efectos acumulativos de las terapias. Este enfoque temporal, cuidadosamente planificado, permitió obtener una línea base sólida y medir la eficacia sostenida de las intervenciones artísticas.

El diseño temporal de las evaluaciones fue minucioso, buscando minimizar cualquier interferencia con otros tratamientos médicos y maximizar la precisión de las mediciones. Cada semana, cada día, cada hora se adaptaron las intervenciones a los horarios de las pruebas y procedimientos clínicos, enfrentando los imprevistos con flexibilidad y manteniendo el enfoque en el bienestar del paciente. Esta adaptación constante fue esencial para la integración efectiva de las terapias artísticas en el contexto hospitalario, garantizando que las intervenciones se desarrollaran en un ambiente propicio y respetuoso con las necesidades clínicas del paciente.

9.3.5 Lugar de la intervención

El entorno elegido para las intervenciones fue la planta de hospitalización del Servicio de Oncología, un espacio que ofreció las condiciones controladas y seguras necesarias para implementar las terapias artísticas. En este entorno, donde convergen profesionales de diversas disciplinas, se valoró el impacto potencial de integrar estas intervenciones junto al tratamiento convencional, en línea con investigaciones recientes que evidencian los beneficios de este enfoque multidisciplinar.

Las intervenciones se realizaron preferentemente en habitaciones individuales o en una sala especialmente habilitada dentro de la planta, asegurando un espacio privado y cómodo para los pacientes. En casos de habitaciones compartidas, se realizaron adaptaciones flexibles, como el uso de biombos para garantizar la privacidad o el traslado temporal de los compañeros de habitación. Estas adaptaciones, aunque desafiantes, fueron necesarias para mantener un enfoque centrado en el paciente y resaltar áreas críticas de mejora para futuras implementaciones.

La inclusión de la terapeuta artístico-creativa en las reuniones del equipo multidisciplinar y su integración en las rutinas diarias de la unidad fueron claves para asegurar que las intervenciones artísticas se alinearan con los tratamientos clínicos y que el paciente recibiera un cuidado integral y personalizado. Este enfoque colaborativo no solo respetó las prioridades clínicas del paciente, sino que también optimizó las condiciones para que las intervenciones artísticas se realizaran de manera efectiva y significativa.

9.3.6 Abordaje musicoterapéutico y arteterapéutico

El abordaje musicoterapéutico del estudio se basó en el modelo Nordoff-Robbins, que enfatiza la capacidad inherente de las personas para utilizar la música como un medio poderoso de expresión y comunicación. Este enfoque, centrado en la improvisación y la co-creación musical, permitió que las sesiones se personalizaran según las necesidades emocionales y físicas de cada paciente, proporcionando un espacio seguro para la exploración y el procesamiento de emociones complejas.

Paralelamente, el enfoque arteterapéutico adoptado se inspiró en el modelo humanista, que concibe la creatividad como una capacidad fundamental para el desarrollo y el bienestar humano. Este enfoque promueve la autoexpresión y el autoconocimiento a través del arte, facilitando a los pacientes la externalización de sus emociones y la construcción de un sentido renovado de identidad y control, especialmente en el contexto desafiante de la enfermedad oncológica.

Las intervenciones fueron diseñadas con esmero para cada sesión, incluyendo actividades como la asociación de emociones con colores en la primera intervención, la creación artística guiada por la música en la segunda, y la implementación de técnicas de relajación y visualización en la tercera. Estas intervenciones no solo buscaron aliviar los síntomas

emocionales de los pacientes, sino también empoderarlos, proporcionándoles herramientas terapéuticas que pudieran utilizar más allá del entorno hospitalario.

9.4 EXPERIENCIA CON LA MUSICOTERAPIA Y LA ARTETERAPIA.

Con el fin de obtener una evaluación detallada y sincera de las intervenciones de arteterapia y musicoterapia realizadas, se decidió implementar tres encuestas tipo Likert, que permitieron valorar diferentes aspectos de las experiencias de los pacientes. Este enfoque se adoptó para comprender mejor las percepciones y sentimientos de los pacientes, así como para realizar una autocrítica constructiva que ayude a mejorar futuros proyectos de esta índole.

Desde una perspectiva de humildad y autocrítica, se reconoce la importancia de valorar el propio desempeño y la percepción de los participantes para identificar áreas de mejora. Esta reflexión no solo se centra en los resultados alcanzados, sino también en los procesos y métodos utilizados, asegurando que cada aspecto del proyecto cumpla con los estándares más altos posibles. La autoevaluación se convierte, así, en una herramienta clave para reconocer los éxitos y, simultáneamente, identificar las oportunidades de crecimiento y aprendizaje.

El compromiso con la mejora continua es un pilar fundamental de cualquier proyecto de investigación, especialmente en áreas tan sensibles como la oncología y la salud emocional. Evaluar con honestidad y rigor científico las intervenciones permite no solo validar su eficacia, sino también ajustar y perfeccionar futuras implementaciones. Considero que este enfoque crítico y constructivo asegura que los pacientes reciban una atención de la más alta calidad, adaptada a sus necesidades emocionales y psicológicas, mientras se construye una base sólida para investigaciones y prácticas futuras. Por ello, esta autoevaluación refleja un esfuerzo consciente por ofrecer una intervención de calidad, basada en la reflexión continua y el deseo de mejorar. Es un recordatorio de que, en el ámbito de la salud, la perfección no es un destino, sino un proceso constante de aprendizaje y adaptación.

A continuación, se describen las encuestas realizadas y sus objetivos:

9.4.1 Encuesta previa al incluir a un paciente del grupo experimental al proyecto. (Véase el diseño de la encuesta en 12.5.8 Encuesta previa a incluirme en el proyecto.)

Tabla 17: Resultados encuesta previa al incluir a un paciente del grupo experimental al proyecto.

PREVIAMENTE A INCLUIRME EN ESTE ESTUDIO DE ARTETERAPIA Y DE MUSICOTERAPIA:	2.98 ± 1.53
La música siempre ha estado presente en mi día a día	4.5 ± 0.7
El arte siempre ha estado presente en mi día a día	3.0 ± 0.9
Siendo adulto, he recibido clases de música	1.5 ± 0.6
Siendo adulto, he recibido clases de artes plásticas	0.6 ± 0.3
¿Conocía el término arteterapia?	2.0 ± 1.0
¿Conocía el término musicoterapia?	3.2 ± 0.8
Considero importante trabajar los aspectos emocionales	4.7 ± 0.5
La arteterapia puede ayudarme en la gestión de mis emociones	2.6 ± 0.7
La musicoterapia puede ayudarme en la gestión de mis emociones	3.8 ± 0.8
DURANTE LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE ARTETERAPIA Y DE MUSICOTERAPIA:	4.14 ± 0.83
La información recibida me pareció suficiente	5.0 ± 0.0
La planificación ha sido correcta	3.9 ± 0.8
La duración ha sido correcta	4.0 ± 0.8
La atención ha sido correcta	4.8 ± 0.5
El lugar donde se ha realizado el estudio ha sido adecuado a mis necesidades	3.5 ± 1.0
El contenido ha sido adecuado a mi situación personal	4.8 ± 0.4
El contenido ha sido adecuado a mi situación emocional	4.7 ± 0.5
He hablado de mi enfermedad	4.3 ± 0.7
He expresado y trabajado mis emociones	4.6 ± 0.6
He profundizado en mi autoconocimiento personal	4.0 ± 0.8
Me he distraído y evadido	4.7 ± 0.5
Me he relajado	4.8 ± 0.4
He fomentado mi creatividad	3.8 ± 0.9
He recibido apoyo emocional	4.1 ± 0.7
He mejorado la comunicación	2.9 ± 1.0
Ha disminuido mi estado emocional de ansiedad	4.4 ± 0.6
Ha disminuido mi estado emocional de depresión	4.3 ± 0.7
Ha disminuido mi estado emocional de distrés (siendo este aquel que "produce una progresiva pérdida de energía, agotamiento emocional y desmotivación general".)	4.2 ± 0.7
Me he expresado libremente	4.7 ± 0.5
He tenido un espacio de expresión emocional	4.8 ± 0.4
He potenciado mi creatividad	4.6 ± 0.6
He eliminado la tensión	3.4 ± 1.0
He aprendido técnicas de relajación	3.9 ± 0.8
TRAS FINALIZAR EL ESTUDIO DE ARTETERAPIA Y DE MUSICOTERAPIA:	3.98 ± 0.91
Las sesiones de arteterapia y de musicoterapia me han resultado útiles	4.0 ± 0.8
Las sesiones de arteterapia y de musicoterapia me han proporcionado una mejora en mi bienestar físico.	2.7 ± 0.9

Las sesiones de arteterapia y de musicoterapia han proporcionado una mejora en mi bienestar emocional.	4.2 ± 0.7
La arteterapia y la musicoterapia me han ayudado en mi proceso de enfermedad oncológico durante mi ingreso hospitalario.	4.3 ± 0.6
Considero importante que la arteterapia y la musicoterapia puedan ser terapias complementarias al tratamiento clínico habitual en el servicio de oncología.	4.0 ± 0.7
Recomendaría la arteterapia y la musicoterapia a otras personas que estén ingresadas en el servicio de oncología.	4.7 ± 0.5

La media general de la encuesta previa es de 2.98, destacando un conocimiento moderado de términos como "arteterapia" y "musicoterapia" (2.0 y 3.2, respectivamente). La percepción de la importancia de trabajar los aspectos emocionales fue alta (4.7 ± 0.5), mientras que la experiencia previa con clases de música y artes plásticas fue limitada (1.5 ± 0.6 y 0.6 ± 0.3, respectivamente). Estos resultados sugieren una necesidad de educar y sensibilizar más a los pacientes sobre estas terapias complementarias y su potencial beneficio emocional.

Durante el estudio, los pacientes mostraron un alto grado de satisfacción, especialmente en "La información recibida me pareció suficiente" (5.0 ± 0.0) y "La atención ha sido correcta" (4.8 ± 0.5). Sin embargo, se observó una menor puntuación en "He mejorado la comunicación" (2.9 ± 1.0), lo cual indica un área de posible mejora para fomentar una mayor interacción y comunicación. La media general de 4.14 destaca una percepción positiva en general, especialmente en la reducción de la ansiedad, depresión y distrés, así como en la creación de un espacio para la expresión emocional y la relajación.

Tras la finalización del estudio, los pacientes reflejaron una valoración positiva de la experiencia, con una media general de 3.98. Aunque la mejora en el bienestar físico fue moderada (2.7 ± 0.9), se observó una notable mejora en el bienestar emocional (4.2 ± 0.7) y en el proceso de aceptación de la enfermedad (4.3 ± 0.6). Además, un alto porcentaje de los pacientes recomendaría estas terapias a otros (4.7 ± 0.5), lo que revela la importancia de estas intervenciones como parte complementaria del tratamiento oncológico.

9.4.2 Encuesta valoración de objetivos: Intervenciones con pacientes del Grupo experimental. (Véase el diseño de la encuesta en ANEXOS 12.5.9 Encuesta valoración objetivos: Intervenciones pacientes GE.)

El objetivo fue evaluar la efectividad de las intervenciones en términos de expresión y manejo de emociones, así como la aceptación y comprensión de los conceptos de arteterapia

y musicoterapia. A continuación los datos obtenidos:

Tabla 18: Resultados encuesta valoración de objetivos: Intervenciones con pacientes del Grupo experimental.

1ª INTERVENCIÓN: COLOREANDO EMOCIONES	4.32 ± 0.62	
Expresar y trabajar las emociones a través de la musicoterapia y la arteterapia	4.2 ± 0.7	
Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el distrés en el paciente	4.3 ± 0.6	
Reconocer las emociones y los colores	4.1 ± 0.8	
Identificar la relación entre las emociones propias y su asociación con los diferentes colores	4.2 ± 0.7	
Reflexionar sobre las emociones	4.3 ± 0.6	
Comprender las emociones	4.4 ± 0.5	
Favorecer el autoconocimiento emocional	4.2 ± 0.7	
Favorecer un espacio de expresión emocional a través del proceso creativo	4.5 ± 0.4	
Favorecer la expresión emocional a través del color	4.3 ± 0.6	
2ª INTERVENCIÓN: LIBERACIÓN EMOCIONAL Y ESCUCHA SENSIBLE	4.31 ± 0.61	
Expresar y trabajar las emociones a través de la musicoterapia y la arteterapia	4.3 ± 0.6	3 0.6
Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el distrés en el paciente	4.4 ± 0.5	4.4 0.5
Percibir e identificar las emociones en uno mismo y en los demás	4.2 ± 0.7	
Comprender que no existen emociones "buenas" o "malas"	4.3 ± 0.6	
Descubrir la relación de la música, el arte plástico y las emociones propias	4.4 ± 0.5	0.5
Trabajar el punto, la línea, las formas geométricas, el color y la disposición en el plano como elementos de expresión de estado	4.2 ± 0.7	mientos 4.2 0.7
Fomentar un espacio de expresión emocional a través del proceso creativo	4.3 ± 0.6	0.6
Favorecer la regulación emocional	4.4 ± 0.5	
3ª INTERVENCIÓN: ESPACIO DE EVASIÓN A TRAVÉS DE UN ENTORNO MUSICAL	4.52 ± 0.47	
Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el distrés en el paciente a través de la musicoterapia y la arteterapia.	4.5 ± 0.5	
Generar un espacio de relajación que fomente un espacio de expresión emocional a través de las distintas técnicas de relajación.	4.6 ± 0.4	
Favorecer la regulación emocional, aceptación vital y proceso de enfermedad.	4.5 ± 0.5	

Los resultados obtenidos reflejan una valoración positiva por parte de los pacientes en todas las intervenciones. En la 1ª Intervención: COLOREANDO EMOCIONES, con una media general de 4.32, se destaca la alta puntuación en "Favorecer un espacio de expresión emocional a través del proceso creativo" (4.5 ± 0.4), indicando que los pacientes encontraron en esta actividad una vía efectiva para canalizar sus emociones.

La 2ª Intervención: LIBERACIÓN EMOCIONAL Y ESCUCHA SENSIBLE, con una media general de 4.31, mostró una alta aceptación en objetivos como "Brindar herramientas para la regulación emocional" y "Favorecer un espacio de expresión emocional a través del proceso creativo", lo cual subraya la importancia de estos espacios para el bienestar emocional de los pacientes.

Por último, la 3ª Intervención: ESPACIO DE EVASIÓN A TRAVÉS DE UN ENTORNO MUSICAL,

con una media general de 4.29, evidencia la efectividad de las técnicas de relajación y expresión emocional, resaltando la importancia de brindar un espacio seguro para que los pacientes puedan procesar sus emociones y aceptar su proceso de enfermedad.

En conjunto, estos resultados demuestran que las intervenciones de arteterapia y musicoterapia no solo son bien recibidas, sino que también tienen un impacto positivo en el manejo emocional y el bienestar general de los pacientes. La consistencia en las puntuaciones altas y las bajas desviaciones típicas subraya la percepción positiva y la efectividad de estas terapias complementarias en un contexto hospitalario oncológico.

9.4.3 Encuesta valoración calidad del proyecto en Grupo experimental. (Véase el diseño de la encuesta en ANEXOS: 12.5.10 Encuesta valoración calidad del proyecto.)

Tabla 19: Resultados encuesta valoración calidad del proyecto en Grupo experimental

ORGANIZACIÓN	3.64 ± 0.88
Se ha cumplido con la planificación inicial:	3.5 ± 0.7
Organización de las intervenciones:	4.0 ± 0.6
Lugar donde se desarrollaron las intervenciones:	2.8 ± 1.0
Duración de cada intervención:	3.8 ± 0.7
Atención dedicada al paciente:	4.7 ± 0.5
INTERVENCIONES REALIZADAS	4.50 ± 0.55
Contenido adecuado a mi situación personal	4.2 ± 0.7
Contenido adecuado a mi situación emocional	4.4 ± 0.6
Las sesiones han favorecido mi desarrollo personal	4.6 ± 0.5
Las sesiones han favorecido mi gestión emocional (expresión de emociones):	4.4 ± 0.6
Las sesiones han ofrecido un espacio para compartir problemas	4.8 ± 0.4
Las sesiones han supuesto un momento de evasión	4.3 ± 0.6
Relajación, eliminación de la tensión	4.4 ± 0.6
Favorece la expresión libre y creativa	5.0 ± 0.0
Beneficios con relación a: ansiedad, depresión y distrés	4.2 ± 0.7
Las explicaciones han sido claras	4.0 ± 0.7
Materiales utilizados (instrumentos / tecnología...)	4.4 ± 0.6
Metodología empleada para los objetivos pretendidos	4.6 ± 0.5
MUSICOTERAPEUTA / ARTETERAPEUTA	4.38 ± 0.54
Conocimientos	4.5 ± 0.5
Claridad de sus indicaciones	4.0 ± 0.6
Dominio	4.2 ± 0.6
Interés que despierta en las intervenciones realizadas	4.7 ± 0.5
Facilidades y adaptación durante la intervención	4.6 ± 0.5
Cumplimiento de tus expectativas	4.4 ± 0.6

Evaluación global del musicoterapeuta / arteterapeuta	4.3 ± 0.6
EVALUACIÓN GLOBAL	4.52 ± 0.52
¿Cómo valoraría usted en general la experiencia?	4.7 ± 0.5
¿Percepción de un cambio emocional tras la aplicación de musicoterapia y de arteterapia?	4.2 ± 0.7
¿Considera importante la aplicación de la musicoterapia y arteterapia en el hospital?	4.0 ± 0.6
¿Recomendaría este tipo de intervención?	4.7 ± 0.5
Si pudieras, ¿Estarías interesado en continuar recibiendo un seguimiento de arteterapia y musicoterapia personalizado?	4.6 ± 0.5

La media general de la organización es de 3.64, con la mayor puntuación en "Atención dedicada al paciente" (4.7 ± 0.5), lo cual destaca la calidad del cuidado y la atención personalizada ofrecida. Sin embargo, la menor puntuación se encuentra en "Lugar donde se desarrollaron las intervenciones" (2.8 ± 1.0), sugiriendo que las instalaciones podrían no haber sido las óptimas para algunos participantes. Esta variabilidad indica áreas potenciales de mejora en la infraestructura.

La media general de las intervenciones realizadas es de 4.50, con una destacada puntuación en "Favorece la expresión libre y creativa" (5.0 ± 0.0), reflejando un alto grado de satisfacción con la oportunidad de expresión artística. "Las sesiones han ofrecido un espacio para compartir problemas" también obtuvo una alta valoración (4.8 ± 0.4), subrayando la importancia de estas sesiones como un espacio seguro para el intercambio de experiencias. Las áreas con menor puntuación, como "Las explicaciones han sido claras" (4.0 ± 0.7), indican oportunidades para mejorar la claridad y comprensión de las instrucciones.

La evaluación del equipo de musicoterapia y arteterapia fue generalmente positiva, con una media general de 4.38. La mayor puntuación se observó en "Interés que despierta en las intervenciones realizadas" (4.7 ± 0.5), lo que indica un alto nivel de compromiso y habilidad para captar la atención de los pacientes. "Claridad de sus indicaciones" fue el área con menor puntuación (4.0 ± 0.6), señalando una oportunidad para mejorar la comunicación y las instrucciones durante las sesiones.

9.5 EXPERIENCIAS Y TESTIMONIOS DE PACIENTES: MÁS ALLÁ DE LOS NÚMEROS

A continuación, aunque no sean resultados cuantitativos sino más bien cualitativos, parte de la expresión de cada persona al estar en contacto con la música y el arte en el hospital. Aprovecho para añadir comentarios tras o durante las intervenciones, siento que son de gran valor para el lector. Estos testimonios pueden ayudar a comprender que detrás de los datos cuantitativos en este tipo de terapias e intervenciones hay una profunda historia personal. Estas experiencias reflejan una amplia gama de emociones y situaciones, desde el alivio emocional y la mejora de síntomas hasta la aceptación de la situación y la importancia del apoyo psicológico. Cada historia destaca la importancia de un enfoque holístico en el tratamiento oncológico, que incluya tanto el bienestar físico como el emocional.

"Es una experiencia única poder expresar mis emociones a través del arte. Me siento más comprendido y menos solo, especialmente en momentos tan difíciles." (GE, P12, intervención 1)

"Empecé el día diciendo: No quiero más estudios, más tratamientos, más nada. Solo quiero que todo esto termine. Hoy la música que en un principio tampoco quería, me ha dado algo de consuelo, sé que tengo que continuar con la quimioterapia y tengo que mentalizarme porque me vendrá bien... solo que estoy cansada. Gracias a todos los que han hecho estos momentos un poco más llevaderos." (GE, P43, intervención 1)

"No puedo olvidar cómo Juan el enfermero siempre logra sacarme una sonrisa, incluso cuando me siento roto y eso que el primer día pensé "a ver este enfermero...". Las sesiones del estudio creí que iban a ser una chorrada y ahora... nunca pensé que sería capaz de expresar tanto a través del arte. La música, especialmente, me conectó con una parte de mí que pensé que había perdido. Este equipo, con su dedicación y cariño, ha hecho que este lugar se sienta un poco más como un hogar." (GE, P44, intervención 2)

"Aunque estoy agotado por los tratamientos y me queda poco tiempo de vida,

estos momentos de musicoterapia me han dado un respiro. Es como si pudiera desconectar del dolor y el miedo, aunque sea por un rato."(GE, P37, intervención 2)

"Nunca pensé que dibujar y pintar podría ser tan terapéutico. Ha sido una forma de liberar mis pensamientos y emociones, algo que no puedo hacer solo hablando con los médicos ni con mi familia."(GE, P3, intervención 3)

"A veces me siento abrumado con tanta información médica y decisiones que tomar. Estas sesiones me han dado un espacio para relajarme y simplemente ser yo mismo, sin tener que preocuparme por nada más. Aquí hay un equipo estupendo, todos son una familia. Bueno, somos. " (GE, P8, intervención 3)

"Me sorprendió lo mucho que me ayudó la música. Sentí que podía conectar con una parte de mí que no recordaba que existía, una parte que no está enferma. " (GE, P5, intervención 2)

"En un lugar donde la enfermedad parece ser la única protagonista, las sesiones de musicoterapia y arteterapia me recordaron que hay más en la vida. A veces, todo lo que necesitaba era perderme en una canción para sentir que todo estaba bien, aunque fuera por un momento. Gracias a las enfermeras Sonia y Marina por hacer que cada día sea un poco más llevadero ¡Qué risas en un mundo tan hostil! Gracias ." (GE, P27, intervención 3)

"Los días en el hospital pueden ser muy monótonos y llenos de ansiedad. Estas actividades me han dado algo que esperar con ansias, un momento de paz y creatividad en medio del caos... y no quería participar (me convenció David el enfermero)."(GE, P9, intervención 3)

"La arteterapia fue un salvavidas emocional para mí. Me permitió expresar mis miedos y preocupaciones de una manera que las palabras no pueden."(GE, P2, intervención 3)

"Siempre he sentido que el hospital es un lugar frío y clínico. El acompañamiento

de mi enfermera Alba cada tarde, su ayuda y calma... sentir que conocía mi tratamiento y yo no tenía que pensar en eso. Poder compartirle mis preocupaciones sin juicios fue genial. El equipo al completo es maravilloso, Esperanza en sus aseos compartiendo sus lecturas y siempre sacándome una sonrisa... en esta etapa tan difícil que me ha tocado vivir no sé cómo hubiese podido sobrellevar esto sin esos ratos. ¡Las sesiones de música y arte con Alessia hicieron que todo se sintiera más humano y cálido. No olvidaré el día que durante el aseo escuchamos la música de mi boda, recordé quien soy yo!"(GE, P11, intervención 3)

"Aunque a veces estaba demasiado cansado para participar plenamente, saber que tenía estos momentos de arte y música me dio un sentido de esperanza y algo positivo en lo que enfocarme."(GE, P4, intervención 3)

"Agradezco poder tener un espacio para mí donde puedo expresarme sin sentirme juzgado o apresurado. Me ha dado una sensación de control en un momento donde todo parece fuera de mi control."(GE, P6, intervención 2)

"Cuando conocí a Alessia y me explicó el proyecto tras las curas de los enfermeros, no quería participar. Pensaba, ¿para qué ponerme con cosas de música en un hospital o de arte...? Alessia no insistió me dejó mi espacio, lo cual agradecí porque los enfermeros y auxiliares no paraban de insistir en que me iba a venir bien. Al día siguiente, mi familia me dijo que me diera una oportunidad a mí mismo. Vi a Alessia con su camisa de colores, y le dije que quería participar. Tras nuestra primera sesión, percibo un reencuentro conmigo al entender mi enfado con esto... no me lo esperaba así, ha sido un rato diferente aquí y creo que valoraré el seguimiento con psicología " (GE, P32, intervención 2)

"Es reconfortante saber que, además de los tratamientos médicos, hay un enfoque en mi bienestar emocional. Estas sesiones me han ayudado a encontrar un equilibrio en medio de la tormenta."(GE, P13, intervención 3)

"Los días en el hospital pueden ser grises y sin esperanza, pero las sesiones del estudio trajeron un rayo de luz a mi vida. Crear algo con mis propias manos me hizo sentir útil, fuerte. Rosa la auxiliar y su cuidado meticuloso me hicieron sentir que, aunque estuviera luchando, no estaba solo en esta batalla. Este equipo me ha dado más que tratamiento; me han dado razones para sonreír. No os hacéis una idea de cómo nos cuidan. Ojalá les cuiden a ellos igual. Siempre están liados y sin parar pero con una sonrisa. Por cierto, valoré mucho como paciente ver que todos estaban unidos, Alessia no era una desconocida que hacía música y arte era una enfermera y una más del equipo. Que sea enfermera también me ayudo a querer participar en el estudio ." (GE, P49, intervención 3)

"A veces, el simple hecho de tener un espacio tranquilo para escuchar música o crear algo con mis manos me ayudó a calmar mi mente y reducir mi ansiedad. No podía dormir" (GE, P10, intervención 3)

"Hay días en los que la desesperanza me consume, pero entonces llega Carlos con su buen humor y todo cambia. Además del buen humor de los sanitarios, las sesiones de mindfulness me enseñaron a encontrar paz en el caos, a respirar profundamente y dejar que el momento me lleve. Cada miembro del equipo, desde Mónica la enfermera hasta Isabel la auxiliar, me han tratado con una compasión que nunca olvidaré. Me han dado herramientas para enfrentar este desafío, pero también me han dado la fuerza para seguir adelante." (GE, P48, intervención 3)

"Las sesiones me han dado algo más en lo que pensar que no fuera la enfermedad. He podido celebrar mi cumpleaños aquí, de otra manera. Fue como un pequeño escape, una forma de recordar que hay más en la vida que el cáncer, la música y el arte son vitamina."(GE, P1, intervención 3)

"Al principio, me asustaba la idea de enfrentar mis miedos a través del arte y la música. No quería participar en este estudio, pero ahora me doy cuenta de cuánto me ha ayudado. Ojalá estas terapias se integren en el día a día del hospital;

realmente marcan la diferencia."(GE, P44, intervención 3)

"A veces, el miedo a la muerte es abrumador. No lo comparto con mi familia porque no quiero preocuparlos más. Estas sesiones me dieron un espacio para explorar esos sentimientos sin miedo al juicio."(GE, P15, intervención 3)

"Ha sido duro aceptar que el único momento de soledad que tengo es en el hospital. En casa, mi familia está siempre encima, preocupándose. Aquí, la arteterapia me dio un espacio para estar solo con mis pensamientos y emociones, algo que realmente necesitaba."(GE, P36, intervención 2)

"Descubrir a Chagall durante una sesión de arteterapia mientras me pasaba la quimioterapia en el hospital fue una revelación; me recordó que hay belleza incluso en el caos. Todo este equipo me ha dado mucho más que cuidados médicos; me han dado humanidad y compasión." (GE, P50, intervención 3)

"Sufrir en silencio es lo que he estado haciendo durante mucho tiempo. La arteterapia me permitió expresar ese sufrimiento de una manera segura. Fue un alivio inesperado poder sacar todo eso."(GE, P17, intervención 3)

"No sabía cuánto necesitaba un espacio psicológico hasta que comencé a hablar con las psicooncólogas y a participar en las sesiones de música y arte. Fue una manera de enfrentar el miedo a la enfermedad y, lo más importante, de no sentirme solo en esto."(GE, P18, intervención 2)

"La felicidad que siento al ver que mis síntomas están mejorando gracias al equipo de oncología: los médicos, enfermeras, auxiliares...es inmensa. Estas sesiones no solo ayudaron a mi cuerpo, sino también a mi mente. Me siento más fuerte, más esperanzado."(GE, P19, intervención 3)

"A veces, la peor parte de estar aquí no es el dolor físico, sino el peso emocional. La música ha sido un refugio inesperado. Durante las sesiones, me dejaba llevar por las notas, olvidando por un momento las agujas y los diagnósticos. Jesús mi

internista, siempre se aseguraba de que estuviera cómodo, y su presencia cálida fue un consuelo inmenso. Inmaculada, con su forma única de cuidar de todos, hizo que sentirme seguro fuera posible. Estoy eternamente agradecido a todo el equipo por hacer que un lugar tan difícil sea un poco más soportable." (GE, P36, intervención 2)

"Alessia se coordinó con las psicooncólogas y con la psicóloga Maribel del equipo de paliativos para ayudarme a enfrentar mi afrontamiento a la enfermedad. Este seguimiento ha sido fundamental para mí. Me ayudó no solo durante el ingreso, sino también después, dándome herramientas para lidiar con mi ansiedad. Gracias a todos los de paliativos."(GE, P20, intervención 3)

"Gracias a Arancha, Juan Antonio y su equipo, nunca me he sentido sola aquí. Sus explicaciones siempre tan claras, todo el equipo médico es encantador y hace tanta falta que te cuiden en un momento así... las sesiones de arteterapia, me ayudaron a entender y expresar mis emociones. Esas pinceladas de color fueron mi forma de decir lo que las palabras no podían. Chelo mi auxiliar preferida, siempre sabiendo cómo animarme en mis peores días, ha sido un pilar para mí. Este equipo me ha dado no solo atención médica, sino un espacio seguro para ser vulnerable." (GE, P40, intervención 3)

"A veces, todo esto se siente como un experimento sin fin. Me cansé de ser un 'caso' más, sometido a pruebas y más pruebas. Y vino Alessia con su propuesta de arteterapia, otra cosa más. No quería saber nada al principio, pero su paciencia y comprensión me hicieron reconsiderar. La arteterapia me ofreció un espacio para explorar mis emociones en un momento donde sentía que todo estaba fuera de control. Me ayudó a aceptar el final que se avecina, dándome un sentido de serenidad que nunca pensé que podría encontrar aquí. Lo vamos a coordinar con psicología, lo he hablado con mi familia ya. Al final, este estudio no fue una carga más, sino un alivio en medio del avismo."(GE, P33, intervención 3)

" Agradezco la atención de Teresa por las tardes en cada cambio de pañal, no

debe ser agradable vernos así en nuestros peores momentos. Todos aquí han hecho que este lugar sea mucho más que un hospital. Nunca pensé que la música y el arte podrían ayudar tanto. Me han dado momentos de paz en medio del caos. Poder perderme en una canción o en una pintura me hizo sentir que, aunque sea por un momento, todo estaba bien."(GE, P31, intervención 2)

Estos testimonios reflejan una gama de emociones y experiencias, desde el alivio y la paz hasta la gratitud y el sentido de control. Los pacientes comparten sus miedos más profundos, como el temor a la muerte, y la búsqueda desesperada de un espacio personal en un entorno hospitalario que, a menudo, puede parecer abrumador. Cada historia resalta la importancia de encontrar un lugar de desarrollo y crecimiento personal, o simplemente de evasión, en un hospital donde la enfermedad parece ser la única protagonista.

Estos relatos no solo complementan los datos cuantitativos con una rica dimensión cualitativa, sino que también aportan una dimensión humana esencial al entendimiento de la efectividad de estas intervenciones. Destacan la necesidad de un enfoque integral y coordinado que considere el bienestar emocional y psicológico en conjunto con el tratamiento médico, proporcionando una atención verdaderamente holística y humanizada a los pacientes oncológicos. Sin embargo, es crucial reconocer que estas terapias no son adecuadas para todas las personas. La clave del éxito radica en la adaptación cuidadosa de cada intervención a las necesidades individuales, respetando siempre el deseo y la disposición del paciente para recibir este tratamiento complementario al cuidado clínico habitual.

Al final, cada paciente es un universo único de emociones y circunstancias, y estas terapias deben ser una opción ofrecida, no impuesta. La elección de participar debe ser libre y plenamente informada, respetando el derecho del paciente a decidir sobre su propio bienestar. La colaboración estrecha entre terapeutas creativos, psicooncología y el equipo médico es fundamental para garantizar que cada intervención se ajuste de manera óptima a las necesidades específicas del paciente, potenciando su eficacia y maximizando el beneficio emocional y psicológico. Este enfoque adaptativo y personalizado es esencial para proporcionar una atención que no solo trate la enfermedad, sino que también nutra el

espíritu y la mente de aquellos que enfrentan el desafío del cáncer.

Así pues, el análisis cualitativo de los testimonios de los pacientes busca mostrar e interpretar el sentido y significado de sus experiencias personales con la enfermedad, el tratamiento y las intervenciones de musicoterapia y arteterapia. A continuación, se presentan las principales categorías y conceptos emergentes de los testimonios analizados, destacando las vivencias más relevantes y su impacto en los pacientes.

1. Sentimientos de aislamiento y conexión

Muchos testimonios reflejan un profundo sentimiento de aislamiento debido a la enfermedad y el ambiente hospitalario. Los pacientes mencionan cómo la arteterapia y la musicoterapia les ayudaron a reconectar con aspectos de sí mismos y con los demás. Un ejemplo de esto es el testimonio de P12, quien expresó sentirse "más comprendido y menos solo" al poder expresar sus emociones a través del arte. De manera similar, P8 encontró un espacio para relajarse y ser él mismo, alejado de las preocupaciones médicas y familiares.

2. Resistencia inicial y aceptación

Varios pacientes mostraron resistencia inicial a participar en el estudio, sintiéndose agotados por el constante flujo de pruebas médicas y tratamientos. P43 y P33 ilustran esta resistencia, mencionando su rechazo inicial a más estudios o intervenciones. Sin embargo, a medida que se involucraron en las sesiones de arte y música, muchos experimentaron un cambio de perspectiva. P33 destacó cómo la arteterapia le ofreció un espacio para explorar sus emociones y aceptar su situación, lo que resultó en una mayor serenidad.

3. Gratitud y apreciación del personal

Los pacientes expresaron una gratitud profunda hacia el personal médico y de apoyo. Mencionaron a enfermeras, médicos y auxiliares que, a través de su dedicación y cariño, hicieron que el hospital se sintiera menos frío y clínico. P49 destacó cómo el cuidado meticuloso de Rosa y la compasión del equipo le hicieron sentir cuidado y valorado. P36 agradeció a Jesús e Inmaculada por su paciencia y apoyo constante, y cómo esto hizo su estancia más llevadera.

4. Manejo del estrés y la ansiedad

Las intervenciones de arteterapia y musicoterapia proporcionaron a los pacientes herramientas para manejar el estrés y la ansiedad asociados con su condición. P48 mencionó cómo las sesiones de mindfulness le enseñaron a encontrar paz en el caos, ayudándole a respirar profundamente y centrarse en el momento presente. P6 describió cómo tener un espacio para expresarse sin juicio le dio una sensación de control en una situación que de otra manera sería abrumadora.

5. Expresión de miedos y emociones profundas

Los testimonios revelan que la arteterapia y la musicoterapia permitieron a los pacientes expresar miedos y emociones que de otra manera podrían haber quedado reprimidos. P17 habló de cómo la arteterapia le permitió expresar su sufrimiento de manera segura, un alivio inesperado en medio de su dolor. P15 mencionó cómo las sesiones le dieron un espacio para explorar su miedo a la muerte sin preocupar a su familia.

6. Sensación de esperanza y resignación

Los testimonios también reflejan una mezcla de esperanza y resignación. Mientras que algunos pacientes, como P19, encontraron esperanza en la mejora de sus síntomas y el apoyo del equipo, otros, como P43, se resignaron al final inminente de su vida, pero encontraron consuelo en la música y el arte.

Los testimonios analizados ofrecen una visión rica y matizada de las experiencias de los pacientes en un entorno hospitalario de oncología. A través de sus palabras, emergen categorías y conceptos que reflejan no solo los desafíos físicos y emocionales que enfrentan, sino también las formas en que las intervenciones creativas pueden proporcionar alivio y significado. La gratitud hacia el personal y el impacto positivo de las terapias creativas son temas recurrentes, subrayando la importancia de un enfoque integral y humanizado en el cuidado de pacientes con cáncer.

El análisis revela que, aunque las intervenciones no siempre son recibidas con entusiasmo inicial, a menudo resultan en beneficios emocionales significativos, ofreciendo a los pacientes una forma de conectarse con sus emociones y encontrar paz en medio de la adversidad. Este estudio cualitativo destaca una vez más, la necesidad de considerar el

bienestar emocional y psicológico de los pacientes como parte integral del tratamiento oncológico, proporcionando un modelo para futuras investigaciones y prácticas clínicas.

Los pacientes oncológicos y sus familiares viven una realidad que trasciende lo físico; enfrentan una batalla emocional intensa que demanda más que tratamientos médicos. En sus testimonios, se percibe una exigencia por un trato más humano, por no ser reducidos a números de historia clínica, sino reconocidos como seres humanos con historias, miedos y esperanzas. La necesidad de ser vistos y escuchados se convierte en un grito silencioso en los pasillos del hospital, donde el simple acto de una sonrisa, una mirada comprensiva o una palabra de aliento puede transformar un día oscuro en un rayo de luz.

Figura 31. Fotografía de los autores. "Música, arte y medicina"



La música y el arte se presentan como puentes hacia esa humanidad que a veces parece perdida en el ambiente clínico. No son solo terapias; son herramientas para reconectar con la esencia de cada paciente, para recordarles que aún hay belleza y creatividad en sus vidas, incluso en medio de la adversidad. Los pacientes expresan su gratitud por estos momentos de conexión, donde pueden expresar sus emociones de manera auténtica y encontrar un respiro del peso de la enfermedad.

Los familiares también destacan la importancia de sentirse parte de una comunidad, de saber que no están solos en su dolor. En los encuentros con otros en los pasillos, encuentran un consuelo inesperado, una sensación de pertenencia que alivia la carga. Al mismo tiempo, reconocen la presión que enfrentan los profesionales de la salud y abogan por una formación que les permita manejar mejor el estrés y la comunicación con los pacientes.

En esta tesis, se propone un enfoque holístico y compasivo, donde la ciencia médica se entrelaza con la empatía y la creatividad. La rehumanización de la oncología no es solo una aspiración, sino una necesidad urgente. Es un llamado a recordar que, detrás de cada diagnóstico, hay una persona con un universo interior, y que el verdadero cuidado implica abrazar ese universo con respeto, dignidad y amor. Esta investigación busca no solo entender, sino también inspirar un cambio real en la manera en que abordamos el tratamiento oncológico, colocando siempre al ser humano en el centro de cada acción.

9.6 MI EXPERIENCIA CON EL PROYECTO.

Desde los inicios de mi formación en enfermería, la oncología siempre fue mi mayor motivación. A lo largo de mi trayectoria académica y profesional, participé activamente en prácticas clínicas, voluntariados y seminarios en distintas áreas hospitalarias, lo que me brindó una pequeña visión general del cuidado de los pacientes. A través de estas experiencias, pude observar con claridad la tensión constante entre la humanización y la deshumanización del trato hacia los enfermos. Consciente de la importancia de un enfoque centrado en el ser humano, decidí profundizar en el campo de la bioética, convencida de que su aplicación es fundamental para proporcionar un cuidado ético y respetuoso. Para mí, la bioética se ha convertido en una brújula, guiando cada acción asistencial, garantizando que la comunicación con los pacientes sea siempre honesta y empática, y asegurando que cada persona disponga del tiempo necesario para expresar sus miedos y preocupaciones.

La música y el arte han sido una parte intrínseca de mi vida diaria, lo que me impulsó a formarme en musicoterapia y arteterapia, disciplinas que fui integrando en mi labor asistencial como enfermera. Mi experiencia en diversas unidades y hospitales me permitió consolidar mis habilidades y conocimientos, pero siempre sentí una inclinación especial hacia la oncología. Este campo, marcado por una intensa carga emocional y, más recientemente, por los desafíos derivados de la deshumanización del cuidado durante la pandemia de COVID-19, me inspiró a buscar nuevas formas de mejorar la atención a los pacientes.

Ante esta situación, me pareció más urgente que nunca buscar formas de mejorar la atención. Así nació la idea de este proyecto, con el objetivo de utilizar la musicoterapia y la

arteterapia para ofrecer un enfoque más humano y empático en la oncología de adultos.

El camino hacia este doctorado no ha sido fácil, especialmente en un contexto donde los contratos temporales y la falta de tiempo para la investigación pueden ser limitantes. Sin embargo, gracias al apoyo del Hospital 12 de Octubre pude dedicarme a esta investigación. Este proyecto no solo busca mejorar la calidad de vida de los pacientes, sino también ofrecer un modelo de cuidado que pueda inspirar futuras iniciativas. Estoy profundamente agradecida por la oportunidad de llevar a cabo este trabajo, que considero un regalo y una responsabilidad. La motivación detrás de esta tesis doctoral es, en última instancia, contribuir a un cambio en la forma en que entendemos y practicamos la oncología. Mi objetivo es seguir explorando este camino, con la esperanza de que esta investigación sea solo el comienzo de una línea de trabajo postdoctoral centrada en las terapias artístico-creativas y su impacto en la salud emocional y psicológica de los pacientes. Esta tesis no representa un logro académico, sino un compromiso personal con la rehumanización del cuidado y el bienestar integral de los pacientes, con una oncología integrativa que abarque todos los aspectos del ser humano, más allá de lo estrictamente médico.

En diciembre de 2023, me concedieron una beca de intensificación de enfermería en el Hospital 12 de Octubre. Fue un logro personal significativo, un apoyo que me permitió dedicarme durante cinco meses a un proyecto destinado a mejorar la asistencia a los pacientes. La emoción fue inmensa al recibir la noticia, lo que no esperaba es que tendría que esperar 5 meses para poder disfrutar de ese tiempo. Mientras tanto, la escuela de doctorado de la universidad exigía avances de mi investigación, y era un reto navegar entre mi situación laboral como enfermera y mi rol de doctoranda.

En los hospitales públicos, no siempre se reconoce que la enfermería puede, y a mi parecer, debe involucrarse en proyectos de innovación e investigación para mejorar la práctica asistencial. Realizar un doctorado en este ámbito es complejo, al menos esta ha sido mi experiencia. Sin embargo, animo a que cada vez seamos más los que luchemos por abrir camino en esta línea.

Como decía, estuve ansiosa por que la beca se hiciese efectiva y así poder dedicarme exclusivamente al proyecto con los pacientes desde diciembre de 2023 hasta abril de 2024. Sabía que, si quería obtener buenos resultados y ofrecer una calidad asistencial óptima,

necesitaba enfocar toda mi jornada laboral en ello. Cada intervención con un paciente, tal y como estaba planteada en el proyecto, requería horas de preparación, trabajo y análisis para mejorar en la siguiente sesión. Mientras esperaba que se oficializara la liberación de mi jornada asistencial, estuve meses dedicando tras mi turno asistencial, todas las tardes en la planta de oncología avanzando con el proyecto. En mi opinión, fue un desafío agotador, enfrentándome a ensayos y errores, consciente de la importancia de persistir en este camino. Fui perseverante y humilde. La pasión por mi trabajo y la visión de un proyecto que podría marcar la diferencia en el día a día de muchos pacientes me impulsaron a seguir adelante, a pesar de las dificultades y el cansancio... pero mentiría si dijese que fue fácil. El equilibrio entre la labor asistencial y el compromiso con el doctorado me exigía más de lo que imaginé.

Cada día, después de finalizar mi turno, volvía a la planta de hospitalización, llevando conmigo no solo los materiales necesarios, sino también la esperanza y el compromiso de crear algo humilde pero significativo. Fue un periodo de intenso aprendizaje y crecimiento personal en el que intenté poner el foco en transformar cansancio en energía creativa, innovación y resistencia. Esta etapa fue una prueba de mi capacidad de resiliencia y dedicación.

A medida que los días pasaban y las sesiones con los pacientes avanzaban, cada pequeño progreso se convertía en un logro inmenso. Saber que, a pesar de las adversidades, estaba construyendo algo alineado con mejorar la calidad del cuidado de los pacientes me dio la fuerza para no rendirme. Mi pasión por la enfermería, la arteterapia y la musicoterapia se entrelazaron en un proyecto que no solo prometía mejorar la asistencia, sino también humanizar el trato a los pacientes.

Así, en cada intervención, en cada análisis y preparación, se fue forjando no solo un proyecto de tesis, sino un compromiso profundo con la rehumanización de la oncología. Cada esfuerzo valió la pena, y cada paso adelante fue una victoria personal y profesional. Este camino, lleno de retos y aprendizajes, reafirmó mi convicción de que, con pasión y dedicación, se pueden superar los obstáculos más difíciles y alcanzar metas significativas.

Para cuando llegó abril, agotada de compaginar la asistencia y la investigación. Comencé a

disfrutar el periodo de beca. Sin embargo, no tenía un lugar donde ubicar los instrumentos, materiales de artes plásticas, mesa, silla, ni ordenador que pudiese utilizar en el hospital... Busqué soluciones. No olvidaré cómo una compañera me ayudó a liberar un almacén lleno de cajas y, luego vinieron todos los demás (*Véase en el apartado de ANEXOS 12.9 Creación de un espacio de trabajo para implementar el proyecto en la unidad.*). Esto fue posible gracias al apoyo de mis compañeros de oncología, hematología, radioterapia, medicina, enfermería, TCAES, celadores.... Entre todos conseguimos transformar ese espacio de almacén en "un lugar para las terapias artístico-creativas". Pude conseguir un ordenador prestado por el equipo de informática del hospital para este periodo, lo que me permitió acceder a las historias de los pacientes desde el hospital y hacer un mejor seguimiento. De no tener nada, a tener lo necesario.

Durante meses, llegaba al hospital a primera hora de la mañana, cargando el coche con instrumentos y materiales de arte que previamente en los años anteriores de doctoranda había ido consiguiendo fruto de mi esfuerzo laboral y nóminas destinadas a la compra de instrumentos y recursos plásticos, materiales que sabía algún día serían necesarios para desarrollar el proyecto con pacientes.

Y así fui, llenando aquel espacio con humildad, vida y color. Fueron muchos días de trabajo en silencio, mientras mis compañeros a veces no entendían nada de lo que hacía. Pero seguí adelante porque tenía referentes: pacientes, profesores, compañeros que me apoyaban y confiaban. Incluso desde otros países, musicoterapeutas y arteterapeutas en los que he basado mi fundamentación me animaban por correo. Esto es de agradecer, que quienes buscas como referencias bibliográficas te apoyen y te ayuden a abrir camino. A su vez, recuerdo un mensaje de ánimo de mi codirector Pablo que decía: "Así empezó Apple, en un almacén". Sus palabras me hicieron reír, parecía un chiste malo, pero a la par me impulsaron a seguir adelante, pese al cansancio y los desafíos.

Decidí cambiar la parte de arriba de mi pijama en el hospital, que siempre era verde o blanco, por una casaca de colores que seleccioné minuciosamente. Esa casaca no era solo una prenda, era un símbolo de mi papel como enfermera y terapeuta artístico-creativa, ayudando a los pacientes, familiares y compañeros sanitarios a ubicarme y reconocermme, una especie de marca personal. Tuve semanas de implicación en realizar reuniones con los diferentes servicios de oncología, hematología, radioterapia y paliativos, con las supervisoras

y la adjunta del área, explicando mi proyecto una y otra vez. Fue necesario. Es fundamental que los compañeros conozcan si se hace un nuevo proyecto en la unidad o en el área y por qué o para qué. Que podamos trabajar en equipo todos unidos en la mejora de la salud del paciente. Esta parte fue agotadora pero muy necesaria para complementarnos, para sentirme parte del equipo.

Una vez inmersa en el proyecto, desarrollé estrategias para optimizar mi tiempo y mejorar la calidad de las sesiones. Realicé vídeos introductorios para las primeras intervenciones, integré una base de datos virtual en una plataforma del hospital y me sumergí en el trabajo con los pacientes en la parte de improvisación de las sesiones, edición de vídeos, descripción de las intervenciones para mejorar. Paralelamente en alineación con la parte de fundamentación de mi tesis doctoral "rehumanización de los agentes que conforman la asistencia sanitaria: profesionales y organización", desarrollaba un proyecto con profesionales sanitarios para describir su situación y buscar mejoras en la calidad de los cuidados (*Véase apartado ANEXOS: 12.2 Descripción proyecto humanizando cuidados. Fase 1 (Apartado 4.4.3).*)

Durante estos meses, he aprendido a manejar múltiples tareas, pero siempre concentrada en la persona que tenía delante. En momentos de duda, cuando me preguntaba si todo esto tenía sentido, siempre aparecía alguien dispuesto a echarme un cable, recordándome que "no estoy sola" en este camino. El paso por cada unidad del hospital me ha enseñado algo valioso. La planta me mostró que la muerte no es oscura; radioterapia me enseñó que el tratamiento y las máscaras, pueden cambiar de forma y no provocar ansiedad con un enfoque adecuado; los pacientes hematológicos me enseñaron la importancia de la escucha activa y la rutina. En los hospitales de día de oncología y hematología, aprendí el trabajo que la supervisora desempeña a espaldas y la implicación emocional que conlleva.

Así pues, este proyecto es fruto de la empatía y del encuentro entre personas. Y claro que ha tenido muchas limitaciones, pero siento que siempre han sido combatidas en equipo. Desde la idea inicial que hace años tuvo su inicio en un pequeño despacho desalineado entre datos y carpetas, hasta su realización como un proyecto que une ciencias y humanidades, enfermería, música y arte. Un compromiso con la rehumanización del cuidado

y el bienestar integral de los pacientes. El primer paso para continuar caminando en esta línea de aprendizaje.

9.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio ha supuesto un avance importante en la integración de las terapias creativas, como la musicoterapia y la arteterapia, en el contexto oncohematológico. Sin embargo, es crucial reconocer las limitaciones encontradas, tanto desde el punto de vista metodológico como logístico, para contextualizar mejor los resultados obtenidos y orientar futuras investigaciones en este campo. A continuación, se exponen las limitaciones más relevantes:

9.7.1. Recursos humanos, logísticos, financiación e infraestructura.

Una de las limitaciones más destacadas de este estudio radica en su naturaleza unipersonal. Como única investigadora, enfermera y terapeuta artístico-creativa, asumí de manera integral la responsabilidad de todas las fases del proyecto: diseño, implementación y evaluación. Si bien este enfoque me permitió ejercer un control exhaustivo sobre cada etapa del proceso, también impuso una carga considerable de trabajo, especialmente en las fases iniciales de inclusión de pacientes, lo que ralentizó el avance en comparación con un equipo de investigación más amplio.

El proceso de inclusión de pacientes fue especialmente demandante, ya que no solo implicaba su incorporación formal al estudio, sino también un seguimiento riguroso de los datos clínicos durante los primeros siete días de hospitalización. Este seguimiento constante requería una atención continua, y en el caso del grupo experimental, implicaba además la realización de tres intervenciones terapéuticas de alta calidad. La dedicación a estas tareas tuvo que ser cuidadosamente equilibrada con mis responsabilidades asistenciales y mi formación doctoral, lo que supuso una reducción en la velocidad de inclusión de nuevos participantes en las primeras etapas del estudio.

A pesar de haber obtenido una beca de intensificación que me permitió liberar mi jornada asistencial durante cinco meses, este periodo evidenció claramente la diferencia que supone poder dedicarse de forma exclusiva a la investigación. Durante estos meses, el avance del

estudio fue notablemente más eficiente, demostrando el valor de contar con recursos adecuados y tiempo exclusivo para la investigación. Esta experiencia resalta la necesidad de una mayor reflexión y compromiso institucional en la creación de estructuras de apoyo que impulsen la investigación desde la enfermería, especialmente en áreas emergentes como la oncología integrativa consolidando así la visión del hospital como una institución comprometida con la innovación y la mejora continua de la atención sanitaria.

Asimismo, este proyecto también se enfrentó a limitaciones financieras y de infraestructura. La necesidad de realizar una inversión económica personal significativa para adquirir los materiales necesarios para las intervenciones de musicoterapia y arteterapia, como instrumentos musicales para las improvisaciones con pacientes (arpa, piano, guitarra, percusiones, etc), materiales plásticos y tecnológicos (iPad con Apple Pencil, aplicaciones creativas, altavoz, cascos, etc), reflejó no solo la limitación de los recursos disponibles, sino también el desconocimiento sobre los requerimientos de un estudio de esta naturaleza.

A su vez la falta de un espacio dedicado dentro del hospital para almacenar el material y realizar las sesiones fue una limitación significativa. A pesar del apoyo y la colaboración recibida por parte de los jefes de servicio y sección, la adjunta, las supervisoras del área y los profesionales sanitarios, la ausencia de un despacho o área designada complicó la logística diaria y la organización del trabajo hasta ya avanzado el periodo de intensificación. Inicialmente, esto obligó a adaptar continuamente las intervenciones según las condiciones del entorno disponible, lo que pudo haber afectado la uniformidad y efectividad de las mismas. La implementación futura de estas intervenciones en entornos hospitalarios debería contemplar la habilitación de espacios adecuados, lo que contribuiría a optimizar la integración de las terapias creativas en la rutina clínica sin depender de adaptaciones improvisadas. (Véase Anexo 12.9 Creación de un espacio de trabajo para implementar el proyecto en la unidad.)

9.7.2. Complejidad de la integración clínica y adaptaciones continuas al entorno

La integración de una enfermera especializada en bioética, musicoterapia y arteterapia sigue siendo poco común en el contexto hospitalario español, lo que añadió un nivel de complejidad considerable a este estudio. La falta de familiaridad del equipo médico con estas terapias creativas generó la necesidad de invertir un tiempo significativo en reuniones

y explicaciones para lograr una integración efectiva de estas intervenciones en la práctica clínica diaria. A pesar del crecimiento de la oncología integrativa en España, sigue siendo un campo incipiente dentro de la sanidad pública, lo que requiere esfuerzos adicionales para su aceptación y comprensión por parte de los equipos multidisciplinares.

La ausencia de protocolos preestablecidos para estas terapias creativas y la falta de reconocimiento previo sobre su valor terapéutico dificultaron inicialmente su implementación. Sin embargo, con el tiempo, la observación de resultados positivos y la propia experiencia de los pacientes permitieron que el equipo sanitario fuera comprendiendo y aceptando mejor estas intervenciones. Este proceso destacó la necesidad de mayor sensibilización, formación y educación continuada sobre los beneficios de la oncología integrativa en el entorno hospitalario, de forma que las terapias creativas puedan ser más fácilmente incorporadas en el futuro.

Uno de los principales desafíos fue la necesidad constante de adaptar las intervenciones al entorno hospitalario disponible. Las sesiones se realizaron en habitaciones compartidas, y en ocasiones fue necesario trasladar a los pacientes a espacios más adecuados para garantizar su privacidad. Estas adaptaciones, aunque inevitables para la viabilidad del estudio, introdujeron una variabilidad en las condiciones de las intervenciones que pudo haber afectado la consistencia de los resultados. Sin embargo, esta experiencia pone de relieve la importancia de la flexibilidad y la capacidad de adaptación en la implementación de terapias creativas en entornos clínicos que son, por naturaleza, complejos y en constante cambio.

Además de las limitaciones físicas del entorno, las intervenciones tuvieron que ajustarse a los ritmos y necesidades individuales de los pacientes. Los horarios de comidas, las pruebas médicas, los tratamientos y las visitas familiares, todos ellos elementos esenciales en la rutina diaria de los pacientes, influyeron en la programación de las sesiones. En muchos casos, se priorizó el bienestar emocional y la conexión familiar de los pacientes, retrasando o ajustando las sesiones para no interferir en este aspecto crítico del proceso de recuperación. Estas decisiones, aunque afectaron la uniformidad de las intervenciones, reflejan un enfoque humanizado que colocó las necesidades del paciente en el centro de la atención, por encima de una estricta adherencia al cronograma de la investigación.

Este equilibrio entre la rigurosidad científica y la humanización del cuidado fue uno de los mayores retos de este estudio, pero también uno de sus mayores logros. Mantener esta flexibilidad permitió que las intervenciones se adaptaran a las circunstancias individuales de los pacientes, respetando sus necesidades personales y clínicas sin comprometer el objetivo terapéutico de las sesiones creativas. La experiencia adquirida subraya la importancia de que los futuros estudios en este campo desarrollen mecanismos más flexibles, capaces de ajustarse al contexto clínico y a las necesidades cambiantes de los pacientes, sin perder el rigor científico necesario para garantizar la validez y la reproducibilidad de los resultados.

9.7.3. Heterogeneidad de la muestra

Una de las limitaciones más significativas de este estudio fue la heterogeneidad de la muestra en cuanto a diagnósticos oncológicos y los tratamientos recibidos por los pacientes. Idealmente, un estudio centrado en la evaluación de intervenciones creativas como la musicoterapia y arteterapia se beneficiaría de una muestra más homogénea, en la que los pacientes no solo compartieran un diagnóstico similar, sino que también siguieran un régimen terapéutico comparable. Esta uniformidad habría permitido realizar una evaluación más precisa y controlada de los efectos específicos de las intervenciones, reduciendo la variabilidad de los resultados asociada a diferencias en las patologías y en los tratamientos administrados.

No obstante, la realidad clínica del entorno hospitalario oncológico es compleja y dinámica, y esto inevitablemente introdujo variabilidad en la muestra. Cada paciente ingresado presentaba necesidades únicas, y los cambios en su condición médica como el empeoramiento de su enfermedad o su recuperación repentina modificaban el curso de su tratamiento y su estancia hospitalaria. Esto dio lugar a situaciones imprevistas, como altas médicas anticipadas o transiciones hacia cuidados paliativos, que alteraron las proyecciones iniciales sobre la duración de la hospitalización. Por ejemplo, aunque se esperaba que los pacientes seleccionados permanecieran en el hospital de una a dos semanas, muchos fueron dados de alta antes de lo previsto, mientras que otros empeoraron, requiriendo un manejo más intensivo o incluso enfrentaron un desenlace fatal. Estos factores prolongaron considerablemente el proceso de reclutamiento de la muestra necesaria de 50 pacientes por grupo.

Además, la administración de corticoides, una práctica común en oncología, ejemplifica cómo los tratamientos médicos introducen variabilidad en las respuestas fisiológicas de los pacientes. Los corticoides afectaron los perfiles tiroideos y otros parámetros clínicos que inicialmente se consideraron relevantes para el estudio, pero que, debido a estas interferencias farmacológicas, no pudieron ser interpretados de manera concluyente. Esto resalta la complejidad de realizar investigaciones en un entorno clínico real, donde los efectos de los tratamientos estándar, necesarios para el cuidado del paciente, pueden enmascarar o alterar los resultados de las intervenciones creativas.

Si bien la heterogeneidad de la muestra constituye una limitación metodológica, también refleja una realidad ineludible del ámbito oncológico. En la vida hospitalaria, nada sucede exactamente como se organiza previamente. La atención a pacientes oncológicos requiere adaptarse día a día a las condiciones cambiantes de cada caso. Este es un aspecto fundamental en la oncología, donde los planes de tratamiento y las intervenciones deben ser flexibles y ajustarse continuamente a las necesidades clínicas y emocionales del paciente. Un aspecto positivo que surge de esta realidad y que aprovecho a recalcar es que, aunque muchos pacientes no completaron todas las sesiones previstas dentro del protocolo del estudio, un número significativo pudo beneficiarse de una o dos intervenciones de musicoterapia o arteterapia durante su hospitalización. Aunque estos pacientes no pudieron ser incluidos en los análisis finales, su participación parcial en las sesiones tuvo un impacto significativo en su bienestar emocional. Este resultado, aunque no cuantificable en el marco de la investigación, subraya el valor práctico y humano de estas intervenciones, y destaca el hecho de que la investigación no solo debe ceñirse a sus resultados cuantificables, sino también reconocer su contribución a la atención integral del paciente.

En este sentido, aunque la heterogeneidad y la dinámica impredecible del entorno hospitalario presentaron desafíos para la estructura del estudio, también aportaron un beneficio palpable en la carga asistencial emocional de los pacientes. El proyecto, más allá de sus implicaciones investigativas, fue un recurso emocional valioso en el día a día de la planta de oncología, al ofrecer un alivio y un apoyo emocional que trascendió los objetivos iniciales del estudio. Este tipo de impacto, aunque no siempre capturado en los datos estadísticos, es un recordatorio del valor intrínseco que las intervenciones creativas pueden aportar al cuidado integral del paciente oncológico.

9.7.4 Homogeneidad temporal en las intervenciones

Otra limitación metodológica importante fue la falta de homogeneidad temporal en la realización de las intervenciones. Como recalca en el punto anterior, la dinámica de un entorno hospitalario oncológico, con sus estrictas rutinas clínicas, como rondas médicas, administración de tratamientos, pruebas diagnósticas y la variabilidad en la disponibilidad de los pacientes, dificultó la programación consistente de las sesiones terapéuticas. Esta dispersión en las franjas horarias de las intervenciones probablemente afectó la comparabilidad de los efectos de las terapias, ya que los pacientes podían encontrarse en diferentes estados físicos y emocionales según el momento del día en que se realizaba la sesión.

Si bien la flexibilidad fue clave para la implementación del estudio en un entorno clínico tan dinámico, esta falta de homogeneidad temporal añade una capa de complejidad en la interpretación de los resultados. Para futuros estudios, sería recomendable implementar sistemas más estructurados y predecibles que permitan una mayor uniformidad en la programación de las terapias, siempre que sea posible, con el objetivo de reducir la variabilidad asociada a los distintos momentos de intervención.

9.7.5. Necesidad de instrumentos de evaluación específicos

Finalmente, una de las limitaciones más relevantes fue la carencia de herramientas específicas diseñadas para evaluar de manera adecuada el impacto de las intervenciones de musicoterapia y arteterapia en pacientes oncológicos. Aunque se emplearon escalas ampliamente reconocidas y validadas en la investigación clínica, como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), estas herramientas no fueron concebidas para medir los efectos de las terapias artístico-creativas. Esta falta de instrumentos específicos limitó la capacidad de evaluar con precisión los beneficios de las intervenciones creativas, tanto a nivel emocional como fisiológico.

La urgente necesidad de desarrollar y validar instrumentos de evaluación específicos para estas terapias creativas quedó evidenciada durante el estudio. En respuesta a esta carencia, se llevó a cabo un proyecto paralelo de traducción, adaptación cultural y validación de dos herramientas clave: "The Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale

(SERATS)” y “The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS)”. Una vez validadas, estas escalas proporcionarán a los profesionales y a los investigadores instrumentos más precisos y ajustados a las particularidades de las terapias creativas, mejorando la capacidad de medir los efectos emocionales y físicos de estas intervenciones en pacientes oncológicos.

9.8 RETOS ESTRATÉGICOS

El avance de las ciencias de la salud ha puesto gran énfasis en la excelencia técnico-científica, pero ha dejado en un segundo plano la dimensión humana del cuidado, particularmente en áreas tan sensibles como la oncología. En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo no solo aportar evidencia sobre los beneficios de las terapias artístico-creativas en el cuidado del paciente oncohematológico, sino también sentar las bases para una transformación cultural en la atención clínica, en la que se integren de manera armoniosa la ciencia y las humanidades. Para lograr este objetivo, propongo una serie de retos estratégicos y líneas de investigación futuras, diseñados para consolidar un modelo de atención más humanizado, innovador y efectivo.

9.8.1. Integración formal de las terapias artístico-creativas en la práctica clínica del paciente con cáncer.

Las terapias artístico-creativas, como la musicoterapia y la arteterapia, han demostrado un impacto positivo en el bienestar emocional de los pacientes oncológicos, complementando los tratamientos médicos tradicionales. Este reto busca integrar de manera formal y sistemática estas terapias en la práctica clínica mediante protocolos estandarizados que aseguren su aplicación personalizada y adaptada a las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes. La colaboración con universidades y centros de investigación es clave para formar a los profesionales sanitarios en estas disciplinas, garantizando su correcta implementación y sostenibilidad a largo plazo.

Un ejemplo de esta visión se materializó en colaboración con la Universidad Francisco de Vitoria, durante los meses de Noviembre y Marzo de 2024, junto a profesionales de terapias

creativas, enfermería y psicología⁸⁰, se desarrolló una formación interdisciplinaria acreditada. Esta formación permitió a estudiantes de ciencias de la salud, psicología, bellas artes y diseño adquirir habilidades en creatividad, empatía y comunicación, que aplicaron en sus prácticas y futuras profesiones. Los resultados fueron significativos: los estudiantes de psicología y enfermería mejoraron su enfoque centrado en el paciente, mientras que los de bellas artes reforzaron la conexión emocional en su obra. Esta colaboración demuestra cómo formalizar la integración de las terapias artístico-creativas puede enriquecer la formación de los profesionales y mejorar la atención oncológica, alineando los objetivos de innovación, humanización y calidad asistencial. *(Véase ANEXO 12.7 AFC UFV. Terapias Creativas en el aula universitaria. Ciencias y humanidades.)*

9.8.2. Consolidación de equipos multidisciplinares en oncología integrativa

La atención oncológica exige un enfoque multidimensional que combine la experiencia de profesionales (medicina, enfermería, psicología, fisioterapia y terapeutas creativos entre otros) para abordar de manera integral las complejas necesidades de los pacientes. Este reto propone la creación de equipos multidisciplinares permanentes, en los cuales enfermería, con formación en terapias creativas, asuma un rol central en la coordinación de las intervenciones, facilitando una atención más holística y personalizada. Para alcanzar este objetivo, es fundamental promover una cultura organizacional que fomente la colaboración efectiva entre las disciplinas, mejorando la comunicación y creando un entorno de trabajo cohesionado. Este modelo no solo optimiza la experiencia del paciente al ofrecer una atención más integral, sino que también genera sinergias para la investigación y la innovación clínica. Equipos interdisciplinares bien estructurados son esenciales para impulsar nuevas formas de atención oncológica que respondan mejor a las necesidades emocionales, psicológicas y físicas de los pacientes, contribuyendo a una mayor satisfacción y calidad en el cuidado, al tiempo que fortalecen las capacidades investigativas y el desarrollo continuo en el ámbito hospitalario.

9.8.3. Escuela de pacientes y familias: un enfoque humanizado en la atención

Este reto propone la creación de una "Escuela de Pacientes y Familias" como un espacio

⁸⁰ Docentes Actividad Formativa (UFV): Alba Jariego Gómez (enfermera área oncohematología), David Gamella González y Mireia Serra Vila (Bellas Artes, Psicología y terapias artístico creativas)

educativo y de apoyo emocional en el hospital, con el objetivo de empoderar a los pacientes y sus familias a lo largo del proceso oncológico. La iniciativa busca ofrecer herramientas para comprender mejor la enfermedad, gestionar las emociones y participar activamente en las decisiones del tratamiento, promoviendo una atención más humanizada y centrada en sus necesidades integrales. Un ejemplo exitoso de este enfoque ya ha sido implementado en el servicio de oncología radioterápica del hospital, donde una escuela de pacientes, junto con un grupo de lectura inicialmente experimental, ha demostrado una notable aceptación y participación.

Adaptado al área de oncohematología, este nuevo enfoque propuesto como reto se adaptaría específicamente para incluir tanto a los pacientes como a sus familias. En este contexto, las terapias creativas, como la musicoterapia y la arteterapia, desempeñarían un papel crucial en el proceso educativo y de afrontamiento, coordinadas estrechamente con el equipo de psicología y enfermería. Esta integración ofrecería a los pacientes y a sus familias nuevas vías para la expresión emocional y el manejo del estrés, al mismo tiempo que fortalecería su autonomía y bienestar. Este enfoque holístico no solo mejoraría la calidad de la atención, sino también la experiencia global del paciente y su familia a lo largo del proceso oncológico, creando un entorno más empático y humanizado.

9.7.4 Impulso de la investigación en oncología humanizada

Este reto propone el establecimiento de un programa formal de investigación en oncología humanizada, un campo en desarrollo en España. La colaboración entre hospitales, como el Hospital 12 de Octubre, y universidades, como la Universidad Francisco de Vitoria, permitirá avanzar en la investigación sobre el impacto de las terapias creativas en diferentes fases del tratamiento oncohematológico, incluyendo tratamientos como la radioterapia o los cuidados paliativos. Este programa busca no solo explorar cómo las terapias artístico-creativas mejoran el bienestar físico y emocional de los pacientes, sino también desarrollar indicadores específicos que permitan evaluar su efectividad de manera científica y rigurosa.

El desarrollo de esta línea de investigación colaborativa en oncología integrativa representa una oportunidad para impulsar la innovación en el cuidado oncológico, promoviendo enfoques más holísticos y personalizados que consideren al paciente en su totalidad. Además, el programa facilitaría la generación de evidencias sólidas que respalden la

inclusión de terapias humanizadoras en la práctica clínica, fortaleciendo la base científica de la oncología humanizada y consolidando su lugar en los sistemas de salud.

9.8.5 Formación continua en oncología humanizada para profesionales de la salud

El cuidado humanizado en oncología requiere que los profesionales sanitarios integren no solo una alta competencia técnica, sino también habilidades emocionales y comunicativas avanzadas. Para abordar este desafío, se propone la implementación de programas de formación continua que incluyan terapias artístico-creativas, como la musicoterapia y la arteterapia, combinadas con principios de bioética. Estos programas buscarán reforzar la dignidad, el respeto y la empatía en la atención clínica, promoviendo una mejor calidad asistencial y al mismo tiempo mejorando el bienestar emocional de los profesionales. Este enfoque resulta crucial en el contexto oncológico, donde el estrés y la fatiga emocional son comunes, haciendo indispensable la autogestión emocional como herramienta clave para el personal sanitario.

Un ejemplo concreto de este enfoque es el proyecto "Humanizando Cuidamos", realizado en colaboración con una compañera enfermera⁸¹.*(véase en los apartados 4.4.3 EL PROFESIONAL SANITARIO, 5.4.3 APOYO PSICOSOCIAL, EMOCIONAL, ESPIRITUAL Y A LA PERSONA. CUIDADO Y ACOMPAÑAMIENTO FAMILIARES Y PACIENTES. Y en ANEXOS 12.2 Descripción proyecto humanizando cuidamos. Fase 1 (Apartado 4.4.3).).*

Este estudio demostró que la humanización en la atención sanitaria no solo mejora la calidad del cuidado, sino que también incrementa la satisfacción del paciente, especialmente en áreas de alta presión como la Oncohematología y la Oncología Radioterápica. Reveló la necesidad urgente de reforzar los programas de formación continua y el apoyo emocional para los profesionales sanitarios con el fin de optimizar tanto la calidad del cuidado como la experiencia del paciente.

A partir de estos hallazgos tras esta 1ª fase del estudio ya concluida, el próximo desafío consistirá en diseñar la 2ª fase del estudio en la que se implementarán intervenciones basadas en terapias artísticas y creativas como la arteterapia y la musicoterapia, orientadas a mejorar la autogestión emocional y mitigar el desgaste emocional de los profesionales

⁸¹ Alba Jariego Gómez, enfermera del área de Oncohematología Hospital 12 de Octubre, Madrid.

sanitarios. Estas intervenciones serán evaluadas no solo por su impacto en la calidad de los cuidados humanizados, sino también en el bienestar de los profesionales que operan en estas áreas.

Con esta 2ª fase del estudio se podrá determinar la efectividad de estas terapias, no solo en pacientes y familiares, sino también en los profesionales que los atienden. (Véase el apartado de ANEXOS:9.8.6 Fortalecimiento de la humanización y la formación continua de los profesionales sanitarios en oncología y 13.2 Descripción proyecto humanizando cuidados. Fase 1.)

Asimismo, es imperativo que las direcciones de los centros asistenciales asuman un papel activo en la prevención de la deshumanización del cuidado. Este enfoque no solo incrementará la calidad asistencial en oncología, sino que también favorecerá una mayor satisfacción y resiliencia entre los profesionales. A largo plazo, esto contribuirá a la construcción de una cultura organizacional más humanizada y sostenible, que priorice el bienestar integral tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios.

9.7.6 Sostenibilidad y continuidad de la humanización en el proceso del cáncer

Este reto busca garantizar que las prácticas de humanización en oncología, específicamente aquellas que abordan el bienestar emocional y psicológico del paciente, se mantengan vivas y sean adaptadas a las necesidades cambiantes del entorno hospitalario. La clave está en un enfoque que no solo asegure la implementación eficiente de estas prácticas, sino que también maximice los beneficios clínicos y económicos para el hospital.

Al considerar la implementación de programas que busquen la continuidad de la humanización en oncología, es evidente que la coordinación y supervisión constante son necesarias. A nivel organizativo, esto puede traducirse en la necesidad de un perfil especializado que sea capaz de gestionar la aplicación y evolución de estos programas, asegurando que sus beneficios se mantengan y se optimicen a lo largo del tiempo. Este perfil podría tener un impacto significativo en la rentabilidad del hospital, al reducir las complicaciones derivadas del estrés emocional en los pacientes, mejorar la satisfacción del paciente y, en consecuencia, la calidad asistencial.

El papel de enfermería es clave en este contexto, ya que estos profesionales tienen un

contacto continuo y cercano con los pacientes, lo que les permite detectar de manera temprana necesidades emocionales, coordinar con otros equipos clínicos y aplicar estrategias de humanización de manera más directa y personalizada. Además, su capacidad para integrarse en la rutina diaria de la atención hospitalaria, coordinando con distintos niveles asistenciales, los convierte en el nexo ideal entre los principios de humanización y su aplicación efectiva en oncología. Invertir en un perfil especializado de enfermería dedicado a la sostenibilidad de la humanización en oncología no solo representa un paso hacia una atención más integral, sino que puede resultar en una mejora de los indicadores clínicos y financieros del hospital, aportando un valor añadido a largo plazo para la organización.

9.9 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Este trabajo de investigación no solo ha proporcionado evidencia sólida sobre los beneficios de las terapias artístico-creativas en pacientes oncohematológicos, sino que también ha abierto nuevas oportunidades para avanzar en la integración de estas terapias en la atención oncológica de manera sostenible y eficaz. A continuación, se presentan las líneas de investigación futuras que se derivan de este estudio, diseñadas para consolidar la humanización del cuidado en el ámbito oncológico, con un enfoque riguroso, creativo e innovador.

9.9.1. Personalización de las terapias artístico-creativas en pacientes con cáncer

Una dirección prioritaria para investigaciones futuras radica en la personalización de las intervenciones creativas en función de las necesidades y preferencias individuales de los pacientes. Unión de modelos y técnicas de estas terapias artísticas con el objetivo de personalizar las intervenciones de una mirada amplia a las necesidades del paciente. Se ha demostrado que adaptar las terapias a los gustos y experiencias emocionales de los pacientes oncológicos puede mejorar significativamente su impacto. Esto incluye, que el terapeuta artístico creativo realice una valoración inicial oportuna previamente, para poder diseñar las intervenciones con una selección individualizada de música o modalidades artísticas en función del estado emocional, cultural o clínico del paciente. Futuras investigaciones deberían explorar cómo la personalización de estas intervenciones puede

optimizar los resultados en la reducción del estrés, la ansiedad y el malestar emocional, y contribuir a un enfoque de cuidado más centrado en el paciente. Estas investigaciones permitirán crear modelos terapéuticos que consideren tanto la variabilidad clínica como las respuestas emocionales únicas de cada paciente, impulsando un enfoque verdaderamente integral y humanizado en oncología.

9.9.2. Terapias creativas en el enfoque multidisciplinario del tratamiento del cáncer

El futuro de las terapias creativas en oncología debe centrarse en su integración dentro de un modelo multidisciplinario de atención, en el que las intervenciones de musicoterapia y arteterapia se combinen con tratamientos convencionales como la quimioterapia, la inmunoterapia, la radioterapia, y el apoyo psicológico. Este enfoque holístico no solo contribuirá a mejorar el bienestar emocional, sino también a potenciar la adherencia al tratamiento y mitigar efectos adversos. Las investigaciones futuras deberían enfocarse en protocolos clínicos integrados, evaluando cómo estas terapias complementarias interactúan con el tratamiento médico y psicológico, y en qué medida optimizan los resultados globales en términos de calidad de vida y reducción de síntomas físicos como el dolor o la fatiga. Asimismo, se podrían diseñar estudios para establecer la efectividad costo-beneficio de estas intervenciones dentro de los sistemas de salud públicos y privados. Estudios futuros deberán investigar cómo la arteterapia y la musicoterapia pueden aliviar los síntomas psicológicos y físicos asociados al envejecimiento, la pérdida de capacidades funcionales y las enfermedades crónicas. Asimismo, las intervenciones deberían explorarse en combinación con tratamientos convencionales específicos para mejorar el manejo del dolor, la ansiedad y el deterioro cognitivo en pacientes de edad avanzada, potenciando así su calidad de vida.

Ampliar la investigación a pacientes que reciben tratamiento radioterápico, así como a aquellos en cuidados paliativos o en atención ambulatoria de hospital de día, es esencial para diversificar y fortalecer el impacto de las terapias creativas en oncología. La investigación futura deberá centrarse en cómo estas intervenciones pueden ser adaptadas a las características y necesidades particulares de cada subgrupo de pacientes, explorando su potencial para mitigar los efectos secundarios de los tratamientos, mejorar el bienestar emocional y facilitar la adaptación a los desafíos emocionales y físicos del tratamiento oncológico. Asimismo, estos estudios ofrecerán la oportunidad de investigar el impacto de las terapias creativas en la gestión del dolor crónico, la mejora del sueño y la reducción del

malestar emocional en pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad, proporcionando evidencia sólida que respalde su inclusión sistemática en los planes de cuidados del paciente con cáncer.

9.9.3 Estudios longitudinales sobre el efecto de las terapias creativas en oncología

A pesar de los avances logrados en los efectos inmediatos de las terapias creativas, como la reducción de la ansiedad o la mejora del bienestar emocional, persiste una falta de estudios que evalúen su impacto a largo plazo. Las futuras investigaciones deberán centrarse en estudios longitudinales que midan cómo la participación continua en musicoterapia y arteterapia influye en la recuperación, la prevención de recaídas y la estabilidad emocional a lo largo del tiempo y en diferentes fases del tratamiento oncológico: desde el diagnóstico inicial hasta la recuperación o los cuidados paliativos. La expansión de estos estudios a diversas poblaciones, como pacientes ambulatorios y hospitalizados, permitirá comprender mejor las diferencias en el impacto de las intervenciones según el contexto asistencial y las características individuales de los pacientes.

Esto podría incluir la evaluación del impacto sostenido en la resiliencia emocional, la capacidad de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes durante los años posteriores al tratamiento.

En línea con la investigación longitudinal, también resulta relevante explorar cómo las terapias creativo-artísticas pueden fortalecer las redes de apoyo emocional entre pacientes, sus familias y los profesionales de la salud. Estudios futuros deberán investigar el impacto de estas intervenciones en la mejora de la comunicación, la cohesión familiar y la adaptación a la enfermedad. Este enfoque integrador podría empoderar a las familias, dándoles un papel más activo en el proceso de tratamiento, lo que podría mejorar la experiencia general del paciente. El fortalecimiento de estas redes de apoyo no solo podría contribuir a una mejor adaptación emocional a la enfermedad, sino que también podría facilitar un entorno de tratamiento más cohesionado y solidario.

Asimismo, otra línea de desarrollo futuro se vincula directamente con el diseño de las propias intervenciones creativas, incluyendo una mayor profundización sobre los criterios de selección de obras artísticas, técnicas empleadas y temporalización específica. Si bien esta tesis incorpora fundamentos previos revisados sobre intervenciones similares, el protocolo

de arteterapia y musicoterapia presentado podría beneficiarse de una sistematización más detallada en investigaciones posteriores, facilitando su replicabilidad y evaluación longitudinal. Esta observación se alinea con la necesidad de establecer modelos de intervención comparables y bien definidos, que permitan analizar su impacto sostenido en diversas fases del proceso oncológico y distintos contextos asistenciales.

A través de estas investigaciones longitudinales se podrían crear nuevos modelos de evaluación, que combinen indicadores clínicos, emocionales y funcionales, pudiendo identificar cómo estas intervenciones pueden contribuir a una mejora en las actividades diarias y el bienestar general. Esta investigación no solo beneficiará a los pacientes, sino que también proporcionará a los gestores hospitalarios datos valiosos para justificar la inversión en programas de atención humanizada y complementaria. La recopilación de estos datos contribuiría significativamente a establecer estas intervenciones como parte estándar del tratamiento del cáncer.

9.9.4. Desarrollo y validación de herramientas específicas para la evaluación de terapias creativas en oncología

Una de las principales limitaciones en el campo de las terapias artístico-creativas en oncología es la falta de herramientas de evaluación validadas que midan específicamente el impacto de estas intervenciones en el contexto clínico. Las escalas psicológicas y médicas tradicionales, diseñadas para evaluar síntomas y cambios generales en el bienestar, no están adaptadas para captar de manera precisa los efectos emocionales, físicos y psicológicos únicos que resultan de la musicoterapia y la arteterapia. Esto limita la capacidad de los investigadores y clínicos para medir de forma objetiva los beneficios específicos de estas modalidades creativas. Por ello, es fundamental que las futuras investigaciones se enfoquen en el desarrollo y validación de instrumentos diseñados específicamente para este propósito, como el SERATS (*Scale for the Evaluation of Art Therapy Sessions*) y el MT-SAS (*Music Therapy Sensory Assessment Scale*).

La validación de estas herramientas en entornos clínicos oncológicos permitirá obtener mediciones robustas y consistentes que reflejen con precisión los cambios emocionales, físicos y psicológicos derivados de las terapias creativas. Esta validación no solo facilitará la creación de un marco estandarizado para evaluar el impacto de estas intervenciones en

estudios futuros, sino que también proporcionará a los clínicos una herramienta precisa para medir la efectividad terapéutica en la práctica diaria. Estas herramientas serán fundamentales para la integración de las terapias creativas en los protocolos de atención hospitalaria, asegurando que los beneficios de estas prácticas se puedan cuantificar de manera rigurosa y contribuyendo a su sostenibilidad dentro del sistema de salud.

El desarrollo de estas herramientas específicas podría ser el punto de partida para la creación de otras escalas adaptadas a diferentes áreas del ámbito clínico, particularmente orientadas a los pacientes oncológicos. Con una validación adecuada, estas escalas ofrecerán un marco estandarizado que no solo potenciará la investigación futura, sino que también permitirá a los profesionales de la salud monitorizar de manera más rigurosa los efectos de las terapias creativas. Esto asegurará que estas prácticas continúen creciendo y ganando reconocimiento como parte integral del tratamiento oncológico, basándose en datos sólidos y reproducibles que demuestren su valor terapéutico dentro del entorno hospitalario.

9.8.5 Aplicación de tecnologías para optimizar y evaluar el impacto de las terapias creativas

Las futuras líneas de investigación sobre el uso de tecnologías en terapias artístico-creativas para pacientes con cáncer deben ser lideradas por profesionales de la salud y terapeutas con experiencia especializada en oncología. Estos profesionales son esenciales para garantizar que la implementación de tecnologías como la realidad virtual (VR), el biofeedback y la inteligencia artificial (IA) se realice de manera complementaria a las intervenciones humanas, sin reemplazar la interacción directa con los pacientes. Cuando se utilizan de forma ética y con rigor científico, estas tecnologías pueden mejorar la calidad de la atención, permitiendo una mayor personalización y precisión en el tratamiento, reduciendo a su vez los tiempos de recuperación y minimizando complicaciones. Además, promueven un enfoque más coordinado entre los equipos psicológicos y los terapeutas artístico-creativos, potenciando una atención integral que optimiza la respuesta emocional y psicológica del paciente.

En este contexto, es crucial avanzar en la investigación aplicada que explore cómo estas tecnologías pueden medir y optimizar los efectos de las terapias creativas. El uso de

sensores biométricos, aplicaciones móviles y otras herramientas digitales permite recopilar datos en tiempo real sobre el estado físico y emocional del paciente durante las sesiones de arteterapia y musicoterapia. Esto facilita la personalización inmediata de las intervenciones y un seguimiento remoto más eficaz. Adicionalmente, las plataformas digitales y la telemedicina ofrecen una vía de acceso más amplia y flexible a estas terapias, especialmente para pacientes ambulatorios o que residen en áreas rurales. Este enfoque no solo ayudaría a aliviar la carga sobre los servicios de atención psicológica, que muchas veces no pueden cubrir la alta demanda de consultas, sino que también promovería un desarrollo personal continuo en el paciente a través de una atención psicológica complementaria, donde los psicólogos y los terapeutas artístico-creativos trabajen en conjunto. Esta colaboración podría mejorar el bienestar emocional del paciente y generar mejores resultados a largo plazo, ofreciendo un apoyo más sostenido durante todo el proceso oncológico.

A este esfuerzo se suma una oportunidad clave en la creación de sinergias entre el ámbito clínico y el académico, a través de colaboraciones entre hospitales y universidades. Estas alianzas permitirán el diseño de estudios que investiguen la integración de tratamientos convencionales con terapias creativas, evaluando el impacto combinado en el bienestar físico y emocional de los pacientes. La creación de espacios colaborativos de investigación, tanto a nivel nacional como internacional, fortalecerá la base científica de la oncología integrativa. Aunque es un área emergente en España, su potencial para transformar el cuidado del cáncer es considerable, al proponer un enfoque más holístico e interdisciplinario que combine los avances de la medicina convencional con los beneficios de las terapias creativas. Estas investigaciones conjuntas podrían ser un paso decisivo hacia la consolidación de la oncología integrativa como un pilar en la atención oncológica moderna.

9.9.6 Fortalecimiento de la humanización y la formación continua de los profesionales sanitarios en oncología

Una línea de investigación prometedora en oncología debe centrarse en la humanización de los profesionales sanitarios mediante programas de formación continuada en habilidades emocionales, creativas y clínicas, en colaboración con equipos de psicología y otros expertos relevantes del ámbito oncológico.

Estos programas deben integrar terapias creativo-artísticas, como la arteterapia y la

musicoterapia, junto con técnicas de comunicación empática y estrategias de autocuidado, para mejorar el bienestar emocional de los profesionales, reducir el burnout y fomentar un ambiente laboral más positivo y resiliente. Además, estas formaciones deben complementarse con actualizaciones clínicas relevantes en oncología, impartidas por expertos en el campo, lo que garantizará que los profesionales no solo desarrollen habilidades humanizadoras, sino que también mantengan una alta competencia técnica en su práctica diaria. Esta combinación contribuirá a mejorar la satisfacción laboral, aumentar la calidad del cuidado proporcionado a los pacientes y reforzar la sensación de realización profesional en un entorno organizacional que cuida de su personal.

La investigación también debería enfocarse en medir el impacto de estos programas formativos sobre la productividad y la calidad asistencial, evaluando cómo la humanización del entorno de trabajo influye en la eficacia clínica y en los resultados de los pacientes oncológicos. La colaboración con psicología y otros profesionales de la salud permitirá desarrollar un enfoque integral, en el que la atención humanizada no solo se extienda a los pacientes, sino también a los propios profesionales. Este enfoque colaborativo fomentaría una mayor cohesión del equipo, mejorando la comunicación, el apoyo mutuo y la cultura organizacional. Los resultados de esta investigación podrían servir de base para diseñar políticas que promuevan la formación continua en competencias emocionales, creativas y técnicas, optimizando así tanto el bienestar de los profesionales como los resultados clínicos, y estableciendo un modelo de atención oncológica más completo y humanizado.

10. CONCLUSIONES: Beneficios de las intervenciones de Musicoterapia y de Arteterapia en pacientes adultos oncológicos: reducción de aspectos emocionales como ansiedad, depresión y distress.

1. Las intervenciones de musicoterapia y arteterapia mostraron una **reducción significativa en los niveles de ansiedad, depresión y distrés emocional** en los pacientes oncológicos del grupo experimental, tal como se evidenció a través de herramientas como la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), la escala PHQ-9, el Cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) y el Termómetro de Distrés. Estas intervenciones complementarias ayudaron a mejorar notablemente el bienestar emocional a corto y largo plazo, subrayando su valor en la atención oncológica integral coordinada con el equipo de psicología.
2. Las terapias creativas también resultaron ser efectivas en la **disminución de la percepción del dolor** en los pacientes del grupo experimental, con una reducción promedio del 77,5% en los niveles de dolor tras tres sesiones, tal como fue medido por la Escala Visual Analógica (EVA). Estos hallazgos sugieren que la musicoterapia y la arteterapia pueden complementar eficazmente el tratamiento farmacológico para el manejo del dolor, ofreciendo una herramienta adicional para mejorar la calidad de vida de los pacientes.
3. **Se observó un impacto positivo en parámetros fisiológicos clave**, una disminución significativa en la presión arterial sistólica y diastólica, así como en la frecuencia cardíaca de los pacientes del grupo experimental, lo cual sugiere un efecto modulador del estrés de las intervenciones creativas. Estos cambios fisiológicos refuerzan el papel de estas terapias en la regulación del estrés cardiovascular, mejorando el bienestar físico de los pacientes sin afectar negativamente la función respiratoria.
4. **Las terapias creativas pueden influir de manera indirecta en la percepción de capacidad y autonomía a través del impacto positivo en el bienestar emocional** Aunque no se observaron cambios estadísticamente significativos en la mejora de la autonomía funcional, los pacientes del grupo experimental mostraron una

tendencia positiva en la autonomía funcional evaluado a través de la escala (BABVD).

5. **La personalización de las intervenciones según las necesidades y preferencias individuales de los pacientes es clave** para su éxito. Además de mejorar los resultados clínicos, estas terapias contribuyen a la rehumanización de la atención en oncología, fomentando una relación más empática entre los pacientes, los profesionales y las familias, y promoviendo un enfoque multidisciplinar en la atención hospitalaria.
6. **Las terapias creativas desempeñan un papel clave en la rehumanización de los cuidados oncológicos** al promover una atención más centrada en el paciente. Estas intervenciones no solo mejoran la experiencia de los pacientes, sino que también fortalecen la relación entre los equipos multidisciplinarios y los familiares, promoviendo una atención más coordinada y empática en un entorno clínico altamente exigente.
7. A pesar de los resultados positivos, **es necesario realizar estudios longitudinales y validar herramientas que permitan evaluar los efectos a largo plazo de estas intervenciones**. Además, se destaca la importancia de desarrollar y validar herramientas específicas como SERATS y MT-SAS para medir de manera más precisa y estandarizada los efectos de la musicoterapia y arteterapia en el contexto oncológico, garantizando su aplicabilidad clínica a gran escala.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Cáncer en español - NCI [Internet]. 1980. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol>
2. Puente DrJ, De Velasco, Guillermo. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica 2019 [Internet]. Available from: <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
3. Barón Duarte FJ. La agresividad terapéutica y los tratamientos limitados en el tiempo en pacientes oncológicos al final de la vida: fundamentos éticos y aplicación clínica [Internet] [doctoral thesis]. 2016. Available from: <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/13825>
4. Huang E, Huang J. Music Therapy: A Noninvasive Treatment to Reduce Anxiety and Pain of Colorectal Cancer Patients-A Systemic Literature Review. *Medicina (Kaunas)*. 2023 Mar 1;59(3):482.
5. Sun C, Sang S, Tang Y, Niu X, Yoo HS, Zhou P, et al. Effects of music therapy on anxiety in patients with cancer: study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open* [Internet]. 2023 May 1 ;13(5):e067360. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/13/5/e067360>
6. Collette N, Sola I, Bonfill X, Pascual A. Art Therapy in Advanced Cancer. A Mapping Review of the Evidence. *Curr Oncol Rep*. 2022 Dec;24(12):1715–30.
7. Giubbani AG. EMMANUEL LEVINAS: HUMANISMO DEL ROSTRO. *EMMANUEL LEVINAS*. 2011;19(43):13.
8. ElPrincipito.pdf [Internet]. Available from: http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/Colecciones/ObrasClasicas/_docs/ElPrincipito.pdf
9. ASALE R, RAE. humanizar | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Available from: <https://dle.rae.es/humanizar>
10. Acosta CAA. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud*. *Revista Colombiana de Bioética* [Internet]. 2015;10(1):38–64. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/1892/189242405005/html/>
11. Bermejo C. Conceptualización de la competencia profesional en el ámbito de la humanización de la salud. *Estudio Delphi*. 2021;
12. Kirmayer L. Rethinking cultural competence. *Transcultural psychiatry*. 2012 Apr 1;49:149–64.
13. Frenk J, Gomez-Dantes O, Moon S. From sovereignty to solidarity: A renewed concept of global health for an era of complex interdependence. *Lancet*. 2014 Jan

4;383:94–7.

14. The Strategy That Will Fix Health Care - Article - Faculty & Research - Harvard Business School [Internet]. Available from: <https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=45614>
15. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *The American Journal of Bioethics* [Internet]. 2019 Nov 2;19(11):9–12. Available from: <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
16. Principles of Biomedical Ethics - Paperback - Tom L. Beauchamp; James F. Childress - Oxford University Press [Internet]. Available from: <https://global.oup.com/ushe/product/principles-of-biomedical-ethics-9780190640873>
17. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302–11.
18. Entrevista al Dr. Jorge Carvajal (por: carlitosrangel) [Internet]. SlideShare. 2010. Available from: <https://es.slideshare.net/slideshow/entrevista-jorge-carvajal-cr-ss/4958488>
19. García-Uribe JC, Arteaga-Noriega AV, Bedoya-Carvajal OA. La técnica y el cuidado de enfermería: entre deshumanización y tecnificación. *trilogía Cienc Tecnol Soc* [Internet]. 2024 Apr 25;16(32):e2996. Available from: <https://revistas.itm.edu.co/index.php/trilogia/article/view/2996>
20. Carvajal Posada, Dr Jorge. Terapias energéticas: Fundamentación científica. [Internet]. Fundación Vivosano. Available from: <https://www.vivosano.org/category/revista/sintergetica-y-terapias-energeticas/>
21. Vaca C. OL. LA GRAN PARADOJA DE LA MEDICINA: MECANICISMO VS. HUMANISMO. *Revista Med* [Internet]. 2009 Jan;17(1):170–170. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-52562009000100026&lng=en&nrm=iso&tlng=es
22. José Carlos Bermejo. La humanización empieza por la justicia [Internet]. José Carlos Bermejo. Available from: <https://www.josecarlosbermejo.es/la-humanizacion-empieza-por-la-justicia/>
23. Higuera JCB. El arte del cuidado como elemento humanizador en la era de la tecnología.
24. (41) Deshumanización en la atención de la salud ¿son las Tic´s el problema o la solución? | Luis Alfredo Jimenez Rodriguez - Academia.edu [Internet]. Available from: https://www.academia.edu/114651579/Deshumanizaci%C3%B3n_en_la_atenci%C3%B3n_de_la_salud_son_las_Tic_s_el_problema_o_la_soluci%C3%B3n

25. Fernández Pérez AB. Deshumanización, tecnología y abuso de poder en la medicina actual. *Educación Médica* [Internet]. 2021 Mar;22(2):121. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181320300991>
26. Informe el sistema sanitario; situación actual y perspectivas para el futuro. [Internet]. Huertas, 73 28014 Madrid. España.: Consejo Económico y Social; 2024. Available from: https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf
27. María Martínez Melero RS. Síndrome de burnout en profesiones sanitarias. *Enfermería y medicina como población diana*. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindrome-de-burnout-en-profesiones-sanitarias-enfermeria-y-medicina-como-poblacion-diana/>
28. Ávila-Morales JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia* [Internet];30(2):216–29. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/1805/180550477011/html/>
29. Getz L, Luise Kirkengen A, Hetlevik I. Too much doing and too little thinking in medical science! *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2008;26(2):65–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3406649/>
30. Gándara del Castillo, Álvaro. Dr. Gándara, experto en cuidados paliativos: “La cobertura en España no llega al 50 %” [Internet]. COPE. 2018. Available from: https://www.cope.es/religion/hoy-en-dia/iglesia-espanola/noticias/gandara-experto-cuidados-paliativos-cobertura-espana-llega-20180703_234787
31. Spain: Country Health Profile 2023 [Internet]. OECD. 2023. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/2023/12/spain-country-health-profile-2023_727a7995.html
32. Avanzas P, Pascual I, Moris C. The great challenge of the public health system in Spain. *J Thorac Dis* [Internet]. 2017 May;9(Suppl 6):S430–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5462723/>
33. Cañas-Fernández JL. De la deshumanización a la rehumanización (El reto de volver a ser persona). *Pensamiento y Cultura* [Internet]. 2010;13(1):67–79. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70115498006>
34. Wong PTP, Arslan G, Bowers VL, Peacock EJ, Kjell ONE, Ivtzan I, et al. Self-Transcendence as a Buffer Against COVID-19 Suffering: The Development and Validation of the Self-Transcendence Measure-B. *Front Psychol* [Internet]. 2021 Oct 6;12. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.648549/full>
35. Esplen MJ, Foster B, Pearson S, Wong J, Mackinnon C, Shamsudeen I, et al. A survey of oncology healthcare professionals’ knowledge and attitudes toward the use of music as a therapeutic tool in healthcare. *Support Care Cancer* [Internet].

2020 Jan;28(1):381–8. Available from:
<https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000501408000043>

36. Cañas JL, Grimaldo H, Salmerón Á. Rehumanizar nuestro mundo.
37. Rehumanización y porvenir: la crisis de la filosofía contemporánea y la idea de rehumanización como proyecto de una filosofía de vida venidera | Pensamiento. Revista de Investigación e Información Filosófica [Internet]. Available from: <https://revistas.comillas.edu/index.php/pensamiento/article/view/18751>
38. Beach MC, Inui T, Relationship-Centered Care Research Network. Relationship-centered care. A constructive reframing. *J Gen Intern Med*. 2006 Jan;21 Suppl 1(Suppl 1):S3-8.
39. Egnaw TR. Suffering, Meaning, and Healing: Challenges of Contemporary Medicine. *Ann Fam Med* [Internet]. 2009 Mar;7(2):170–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653974/>
40. Phillips WR, Uygur JM, Egnaw TR. A Comprehensive Clinical Model of Suffering. *J Am Board Fam Med*. 2023 Apr 3;36(2):344–55.
41. Descartes-Discurso-Del-Metodo.pdf [Internet]. Available from: <http://www.posgrado.unam.mx/musica/lecturas/LecturaIntroduccionInvestigacionMusical/epistemologia/Descartes-Discurso-Del-Metodo.pdf>
42. Frankl V. El hombre en busca de sentido. Herder Editorial; 2015. 107 p.
43. Clyne B, O'Neill SM, Nuzum D, O'Neill M, Larkin J, Ryan M, et al. Patients' spirituality perspectives at the end of life: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Support Palliat Care*. 2022 Oct;12(e4):e550–61.
44. O'Brien MR, Kinloch K, Groves KE, Jack BA. Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *J Clin Nurs*. 2019 Jan;28(1–2):182–9.
45. Dignity in care: time to take action - PubMed [Internet]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24099895/>
46. Egnaw T. Suffering, Meaning, and Healing. In 2022. p. 71–81.
47. Bradt J, Dileo C, Myers-Coffman K, Biondo J. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021;2021(10).
48. ASALE R, RAE. vulnerabilidad | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Available from: <https://dle.rae.es/vulnerabilidad>
49. Morais TCA de, Monteiro PS. Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade

individual para a bioética. Rev Bioét [Internet]. 2017 Aug;25(2):311–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000200311&lng=pt&tlng=pt

50. Pascal B. Pensées de B. Pascal: (édition de 1670). Flammarion; 1908. book.
51. González-Ling A, Galindo-Vázquez Ó, González-Ling A, Galindo-Vázquez Ó. Terapia de la dignidad en pacientes con cáncer: una revisión sistematizada de la literatura. Gaceta mexicana de oncología [Internet]. 2020 Sep;19(3):99–106. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2565-005X2020000300099&lng=es&nrm=iso&tlng=es
52. Agudo DEH. 2022: Europa con la Oncología Integrativa [Internet]. 2022. Available from: <https://onerqi.es/2022-europa-oncologia-integrativa/>, <https://onerqi.es/2022-europa-oncologia-integrativa/>
53. La espiritualidad en el tratamiento del cáncer [Internet]. 2003. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/dia-a-dia/fe-y-espiritualidad/espiritualidad-pdq>
54. Kottow MH. The vulnerable and the susceptible. Bioethics. 2003 Oct;17(5–6):460–71.
55. Principios europeos de la bioetica F Torralba.pdf [Internet]. Available from: http://www.rlillo.educsalud.cl/Capac_Etica_BecadosFOREAPS/Principios%20europeo s%20de%20la%20bioetica%20F%20Torralba.pdf
56. Roselló FT. ¿Qué es la dignidad humana?: Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris. Herder Editorial; 2011. 448 p.
57. Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel. La importancia de la integridad en la comunicación de los resultados de la investigación en bioética. Revista de Bioética y Derecho [Internet]. 2017;(40):1–5. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1886-58872017000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
58. Duffee C. What really is the nature of suffering? Three problems with Eric Cassell's concept of distress. Bioethics. 2020 Sep;34(7):695–702.
59. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med. 1982 Mar 18;306(11):639–45.
60. Muñoz Devesa, Aarón; Morales Moreno, Isabel; Bermejo Higuera, José Carlos; Galán González Serna, José María. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual [Internet]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008
61. Definición de escala de rendimiento de Karnofsky - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011. Available from:

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/escala-de-rendimiento-de-karnofsky>

62. Puiggròs C, Lecha M, Rodríguez T, Pérez-Portabella C, Planas M. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2009 Apr;24(2):156–60. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112009000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
63. Nabal M, Pascual A, Llombartc A. General evaluation of patients with advanced cancer. *Principles of symptom control. Atencion Primaria*. 2006;38(SUPPL. 2):21–8.
64. Emmanuel Levinas. El tiempo y el otro. [Internet]. Available from: https://books.google.es/books/about/El_tiempo_y_el_otro.html?id=YdtsPgAACAAJ&redir_esc=y
65. jomain, christiane - morir en la ternura.pdf [Internet]. Available from: <https://www.mercaba.org/mediafire/jomain,%20christiane%20-%20morir%20en%20la%20ternura.pdf>
66. Jomain C. *Morir en la ternura: vivir el último instante*. Ediciones Paulinas; 1987. 183 p.
67. Grande-Caballero LJB. *El sufrimiento: un camino a la plenitud: cómo hacer del dolor un camino de crecimiento personal*. Grafite; 2006. 309 p.
68. Nietzsche F. *Así habló Zaratustra*. EDAF; 2010. 358 p.
69. La Declaración Universal sobre la Bioética y los Derechos Humanos de la UNESCO [Internet]. Available from: https://www.institutoche.es/legalactualidad/59/la_declaracion_universal_sobre_la_bioetica_y_los_derechos_humanos_de_la_unesco
70. Callahan D. Death and the research imperative. *N Engl J Med*. 2000 Mar 2;342(9):654–6.
71. Salvaterra, Valeria Campos. MUERTE, TIEMPO Y ALTERIDAD: MÁS ALLÁ DE LA ONTOLOGÍA. REFLEXIONES SOBRE LA FILOSOFÍA DE M. HEIDEGGER Y E. LEVINAS. *ALPHA Osorno* [Internet];89–105. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22012012000200006
72. El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología de Manuel González Barón | Argentina | Editorial Médica Panamericana [Internet]. Available from: <https://www.medicapanamericana.com/ar/libro/el-sindrome-de-agotamiento-profesional-en-oncologia-version-digital>
73. Kievišienė J, Jautakyte R, Rauckiene-Michaelsson A, Istomina N, Agostinis-Sobrinho C. The Effect of Art Therapy and Music Therapy on Breast Cancer Patients: What

We Know and What We Need to Find out - A Systematic Review. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2020 Jul 15;2020:1–14.

74. Park N, Na II, Kwon S. Art Therapy in Patients with Terminal Cancer and Their Families: A Multiple Case Study. *J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2023 Dec 1;26(4):171–84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10703560/>
75. 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*. 2021 Oct 12;10(10):CD006911.
76. Humanidades Médicas: Una propuesta formativa para el grado de medicina. [Internet]. 2017. Available from: <https://www.doctutor.es/2017/03/04/humanidades-medicas-una-propuesta-formativa-para-el-grado-de-medicina/>
77. Malca-Díaz JF, Malca-Vásquez MJA, Díaz-Manchay DRJ. HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD: FACTORES LIMITANTES Y CÓMO LOGRARLA. 18.
78. Baños Díez JE, Guardiola Pereira E. La convivencia entre la tecnología y el humanismo médico. *Medicina Clínica Práctica* [Internet]. 2024 Jul;7(3):100437. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2603924924000120>
79. The Goals of Medicine. *Hastings Center Report* [Internet]. 1996;26(6):S1–27. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.1552-146X.1996.tb04777.x>
80. Danet Danet A. La relación profesionales-pacientes en tiempos de reforma. Un análisis socio-histórico con perspectiva de género del periódico ABC en los años ochenta. *Asclepio* [Internet]. 2023 May 24;75(1):e07. Available from: <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/1164>
81. Campos A. El fin de la medicina. Parte 2. La teleología médico-paciente. *Cirujano general* [Internet]. 2019 Sep;41(3):230–5. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-00992019000300230&lng=es&nrm=iso&tlng=es
82. Greenhalgh T. *How to Implement Evidence-Based Healthcare*. John Wiley & Sons; 2017. 281 p.
83. Aranda M. La judicialización como medio de acceso a los medicamentos de alto costo y sus consecuencias. *Enfoques*. 2024 Jun 27;36:97–108.
84. Medicina defensiva y judicialización Hernández Herrero, Mónica [Internet]. Available from: <http://www.dykinson.com/libros/medicina-defensiva-y-judicializacion/9788411228480/>
85. AHA - Top Ten Issues in Health Law 2024 [Internet]. Available from:

<https://www.americanhealthlaw.org/content-library/connections-magazine/article/d91b2697-e96b-49e4-84c1-1b8399406f5e/top-ten-issues-in-health-law>

86. Ahotsa M. Las recomendaciones del Hasting Center [Internet]. 2016. Available from: <https://medikuenahotsa.com/articulo/38/las-recomendaciones-del-hasting-center>
87. Humanidades Médicas [Internet]. Fondo Nacional de Recursos. Available from: https://www.fnr.gub.uy/noticia_slide/humanidades-medicas/
88. Plan Estratégico de AHA de 2022-2024 [Internet]. 2024. Available from: <https://www.aha.org/strategy>
89. Berenguer DÁD. Humanidades Médicas en la Facultad de Medicina - UdelaR. Arch Med Interna.
90. Los-fines-de-la-Medicina.pdf [Internet]. Available from: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/Los-fines-de-la-Medicina.pdf>
91. Bellelli G, Bernasconi S, Bona G, Clerici M, Benedittis GD, Prete MD, et al. The Milan Declaration 2022 – New goals for Medicine. Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine [Internet]. 2022 Oct 1;11(2):e110240–e110240. Available from: <https://jpnim.com/index.php/jpnim/article/view/1507>
92. Healthy People 2030 | health.gov [Internet]. Available from: <https://health.gov/healthypeople>
93. II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025 [Internet]. Portal de Transparencia. 2022. Available from: [https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/Portal de TransparenciaII Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025](https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/Portal%20de%20TransparenciaII%20Plan%20de%20Humanizaci%C3%B3n%20de%20la%20Asistencia%20Sanitaria%202022-2025)
94. The Lancet Psychiatry Commission: transforming mental health implementation research - The Lancet Psychiatry [Internet]. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(24\)00040-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(24)00040-3/fulltext)
95. Cardoso A, Souza J, Santos M, Sales S, Menezes M. Compassion and empathy in palliative care for end-of-life patients. In: Seven Editora. 2024.
96. Tolstoy GL. La muerte de Iván Ilich: (1886). Editorial Ink; 2003. 67 p.
97. manual-relacion-medico-paciente.pdf [Internet]. Available from: <https://www.medicoslaspalmas.es/images/COLEGIO/institucion/publicaciones/manual-relacion-medico-paciente.pdf>
98. Barón Duarte FJ. La agresividad terapéutica y los tratamientos limitados en el tiempo en pacientes oncológicos al final de la vida: fundamentos éticos y aplicación

- clínica [Internet] [doctoral thesis]. 2016. Available from:
<https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/13825>
99. Pautas de Actuación y Seguimiento | FFOMC [Internet]. Available from:
<https://www.ffomc.org/PAS>
 100. Benítez-Rosario MÁ, Babarro AA, Guillermo TG. PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS.
 101. Gómez-Pérez C, Sanchez-Garcia AB, García-Capilla DJ, Gómez-Pérez C, Sanchez-Garcia AB, García-Capilla DJ. Perspectiva bioética de la adecuación del esfuerzo terapéutico en pacientes adultos terminales. Revisión sistemática. *Enfermería Global* [Internet]. 2023 ;22(71):586–619. Available from:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412023000300019&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 102. Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen* [Internet]. 2016 Nov 1;42(8):566–74. Available from:
<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-adequacion-del-esfuerzo-terapeutico-una-S1138359315004177>
 103. Liang M, Liang J, Xu J, Chen Q, Lu Q. Experience of multidisciplinary medical teams on humanistic palliative care in oncology wards: a descriptive qualitative study in Southern China. *BMJ Open*. 2024 Feb 26;14(2):e074628.
 104. Castillo-Zavaleta SE, Chávez-Cerna DN, Huertas–Angulo F, León-Alayo ML, Valverde-Meza C, Castillo-Zavaleta SE, et al. Proceso de duelo en pacientes adultos diagnosticados con cáncer. *Ene* [Internet]. 2023;17(1). Available from:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2023000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 105. Precision or Personalized Medicine | Precision Medicine for Cancer [Internet]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types/precision-medicine.html>
 106. ESMO-Medicina-Personalizada-Guia-para-Pacientes.pdf [Internet]. Available from:
<https://www.esmo.org/content/download/46499/855050/1/ESMO-Medicina-Personalizada-Guia-para-Pacientes.pdf>
 107. Ravella R, Dee EC, Corti C, Celi LA, Iyengar P. Broadening the scope of artificial intelligence in oncology. *The Lancet Regional Health – Americas* [Internet]. 2023 Sep 1;25. Available from:
[https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00147-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00147-3/fulltext)
 108. Stenzinger A, Moltzen EK, Winkler E, Molnar-Gabor F, Malek N, Costescu A, et al. Implementation of precision medicine in healthcare—A European perspective. *Journal of Internal Medicine* [Internet]. 2023;294(4):437–54. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/joim.13698>

109. Aguiar PN, Matsas S, Dienstmann R, Ferreira CG. Challenges and Opportunities in Building a Health Economic Framework for Personalized Medicine in Oncology. *Personalized Medicine* [Internet]. 2023 Sep 1;20(5):453–60. Available from: <https://doi.org/10.2217/pme-2022-0008>
110. Functional precision oncology using patient-derived assays: bridging genotype and phenotype | *Nature Reviews Clinical Oncology* [Internet]. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41571-023-00745-2>
111. Artificial intelligence in cancer research and precision medicine: Applications, limitations and priorities to drive transformation in the delivery of equitable and unbiased care - *ScienceDirect* [Internet]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305737222001748>
112. Entrevista a la Dra. Blanca López-Ibor, del HM CIOCC [Internet]. Available from: <https://isanidad.com/180712/dra-blanca-lopez-ibor-hm-ciocc-la-supervivencia-del-cancer-infantil-hoy-en-dia-ronda-el-80-de-los-casos/>
113. Medicina Centrada en la Persona - Fernando Caballero [Internet]. 2014. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=zQ6UUDVSGzQ>
114. Vila G. La UFV acoge el IV congreso de Medicina Centrada en la Persona [Internet]. *Mirada21.es*. 2016. Available from: <https://mirada21.es/desmarcar/la-ufv-acoge-el-iv-congreso-de-medicina-centrada-en-la-persona/>
115. Perales A. Medicina centrada en la persona: *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2016 Dec;33:605–6. Available from: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2016.v33n4/605-606/>
116. Boardman J, Dave S. Person-centred care and psychiatry: some key perspectives. *BJPsych Int* [Internet];17(3):65–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8281201/>
117. Mezzich J, Perales A. Atención clínica centrada en la persona: principios y estrategias. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2016 Dec 13;33:794.
118. Rodríguez OFC, Soliz RES, Rodríguez OC, Cuno WZ. *GALENO DE PÉRGAMO "PRÍNCIPE DE LOS MÉDICOS."* 2016;57.
119. Rodríguez M, M R. Ética y medicina en la obra de Galeno. *Dynamis* [Internet]. 2013;33(2):441–60. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-95362013000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
120. User S. Francisco Javier Barón Duarte: "La oncología actual desecha el cuidado" en aras de la técnica [Internet]. 2019. Available from: <https://www.fpablovi.org/analisis-actualidad/627-francisco-javier-baron-duarte-la-oncologia-actual-desecha-el-cuidado-en-aras-de-la-tecnica>

121. Redacción. Dr. Barón Duarte: "La medicina fordiana" - CGCOM [Internet]. Médicos y Pacientes - Portal informativo de la Organización Médica Colegial. 2022. Available from: <https://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-baron-duarte-la-medicina-fordiana/>
122. User S. Oncología con [Internet]. 2017. Available from: <https://www.fpablovi.org/articulos-bioetica/182-oncologia-con-h>
123. Klienman, A. La Vida Moral de Los Que Sufren La Enfermedad. | PDF | Moralidad | Sufrimiento [Internet]. Available from: <https://es.scribd.com/document/375052148/Klienman-A-La-Vida-Moral-de-Los-Que-Sufren-La-Enfermedad>
124. Artieda M. Relación entre filosofía y teatro en la obra de Gabriel Marcel; Available from: https://www.academia.edu/9823698/Relaci%C3%B3n_entre_filosof%C3%ADa_y_teatro_en_la_obra_de_Gabriel_Marcel
125. Poma I. Alteración y oscilación en la filosofía de los binomios de Gabriel Marcel. Anuario Filosófico [Internet]. 2005;475–93. Available from: <https://revistas.unav.edu/index.php/anuario-filosofico/article/view/29333>
126. Humanización en el Cuidado del Paciente Oncológico.
127. Elkefi S, Asan O. The Impact of Patient-Centered Care on Cancer Patients' QOC, Self-Efficacy, and Trust Towards Doctors: Analysis of a National Survey. J Patient Exp [Internet]. 2023 Jan 17;10:23743735231151533. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9869234/>
128. Jeon H, Kim S, Lee I. "The communication I had with him back then is still stuck in my mind." Bereaved families of cancer patients' experiences for end-of-life communication. Support Care Cancer [Internet]. 2023;31(5):277. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10111311/>
129. Chua GP, Pang GSY, Yee ACP, Neo PSH, Zhou S, Lim C, et al. Supporting the patients with advanced cancer and their family caregivers: what are their palliative care needs? BMC Cancer [Internet]. 2020 Aug 15;20:768. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7429720/>
130. Liu Z, Chen C, Hu Y. Factors related to the quality of life of family cancer caregivers. Front Psychiatry [Internet]. 2023 Aug 4;14. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2023.1180317/full>
131. Ahn S, Romo R, Campbell C. A Systematic Review of Interventions for Family Caregivers who Care for Patients with Advanced Cancer at Home. Patient Education and Counseling. 2020 Mar 1;103.
132. Rait D. A Family-Centered Approach to the Patient with Cancer. In 2015. p. 561–6.

133. Reyna YZ. VULNERABILIDAD AL PRINCIPIO Y FIN DE LA.
134. CUIDADOS PALIATIVOS: CADA VIDA IMPORTA | Asociación Gallega de Bioética [Internet]. Available from: <https://agabi.es/2022/05/19/cuidados-paliativos-cada-vida-importa/>
135. Luso-Galaico D. Dra. Yolanda Zuriarrain: "Cuando no se valoran los cuidados paliativos es porque falta humanidad en la medicina" [Internet]. Diario Luso-Galaico. 2022. Available from: <https://www.diarioluso-galaico.com/video/exclusivas-dl-g/dra-yolanda-zuriarrain-cuando-valoran-cuidados-paliativos-es-porque-falta-humanidad-medicina/20220517195646027891.html>
136. Código deontológico - CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. Available from: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
137. Código de Deontología Médica | CGCOM [Internet]. Available from: <https://www.cgcom.es/codigo-deontologia-medica>
138. González M, Cantabrana B, Hidalgo A, González M, Cantabrana B, Hidalgo A. El enfermo transparente y la rehumanización de la medicina. *Revista de Medicina y Cine* [Internet]. 2020 Mar;16(1):5–6. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1885-52102020000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
139. Gutiérrez Delgado A, Gómez Martín CJ, Martín-Arriscado Arroba C, González Monterrubio G, Pérez García S, Jariego Gómez A. Humanización y calidad de vida profesional en el cuidado oncohematológico y radioterápico: un estudio descriptivo en un hospital universitario. *Journal of Healthcare Quality Research* [Internet]. 2025 Jan 10; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647924001052>
140. El cáncer en cifras | SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. . Available from: <https://seom.org/prensa/el-cancer-en-cifras>
141. Estrategia_de_Salud_Publica_2022___Pendiente_de_NIPO.pdf [Internet]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022___Pendiente_de_NIPO.pdf
142. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. The Lancet Global Health Commission.
143. Sanders JJ, Temin S, Ghoshal A, Alesi ER, Ali ZV, Chauhan C, et al. Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update. *JCO* [Internet]. 2024 Jul;42(19):2336–57. Available from: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.24.00542>
144. Involving family members in cancer care: Focus group considerations of patients and oncological providers | Request PDF [Internet]. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/12548335_Involving_family_members_in_cancer_care_Focus_group_considerations_of_patients_and_oncological_providers

145. Arimon-Pagès E, Torres-Puig-Gros J, Fernández-Ortega P, Canela-Soler J. Emotional impact and compassion fatigue in oncology nurses: Results of a multicentre study. *Eur J Oncol Nurs*. 2019 Dec;43:101666.
146. B148_24-sp.pdf [Internet]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_24-sp.pdf
147. What Is Value-Based Healthcare and How Does It Put Patients First? [Internet]. Available from: <https://cdn.jwplayer.com/previews/IPrhbQdG-ncRE1zO6>
148. La COVID-19 ha acabado con una década de avances en esperanza de vida a nivel mundial [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/24-05-2024-covid-19-eliminated-a-decade-of-progress-in-global-level-of-life-expectancy>
149. Inova - Art Therapy, Dance Therapy, Music Therapy, and Imagery [Internet]. Available from: <https://healthlibrary.inova.org/Conditions/Cancer/85,p07338>
150. Luzzatto PM, Magill L. Art and Music Therapy. In: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Loscalzo MJ, McCorkle R, Butow PN, editors. *Psycho-Oncology* [Internet]. Oxford University Press; 2015. p. 0. Available from: <https://doi.org/10.1093/med/9780199363315.003.0064>
151. Rabbani NS, Azami N, Makka SA, Sodeifian F, Mohamed K, Rezaei N. Art Therapy: An Innovative Approach to the Treatment of Cancer. In: Rezaei N, editor. *Handbook of Cancer and Immunology* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 1–14. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-80962-1_283-1
152. Zhou S, Yu M, Zhou Z, Wang L, Liu W, Dai Q. The effects of art therapy on quality of life and psychosomatic symptoms in adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Med Ther* [Internet]. 2023 Dec 1;23:434. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10691094/>
153. Global Oncology Trends 2023 [Internet]. Available from: <https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports-and-publications/reports/global-oncology-trends-2023>
154. 15 Potential Warning Signs of Cancer You May Overlook [Internet]. City of Hope. 2023. Available from: <https://www.cancercenter.com/community/blog/2023/10/potential-warning-signs-of-cancer>
155. El cáncer en cifras | SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. Available from: <https://seom.org/prensa/el-cancer-en-cifras>
156. Aiach P, Kaufmann AE, Waissman R. *La enfermedad grave, Aspectos médicos y psicosociales*. Madrid: Interamericana.McGraw-Hill; 1989. (Medicina y sociedad).

157. Regina Secoli S, Pezo Silva MC, Alves Rolim M, Machado AL. El cuidado de la persona con cáncer: Un abordaje psicosocial. *Index de Enfermería* [Internet]. 2005 Mar;14(51):34–9. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962005000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
158. LA ENFERMEDAD GRAVE. ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOSOCIALES / A. KAUFMANN Y OTROS [Internet]. *todocoleccion.net*. Available from: <https://www.todocoleccion.net/libros-segunda-mano-medicina/la-enfermedad-grave-aspectos-medicos-psicosociales-kaufmann-otros~x147999066>
159. Oncología Médica | Hospital Universitario 12 de Octubre [Internet]. Available from: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-centrales/oncologia-medica>
160. Grassi L. Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2020 Jan 9;29:e89. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7214699/>
161. Tack L, Schofield P, Boterberg T, Chandler R, Parris CN, Debruyne PR. Psychosocial Care after Cancer Diagnosis: Recent Advances and Challenges. *Cancers (Basel)* [Internet]. 2022 Nov 29;14(23):5882. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9739074/>
162. International Psycho-Oncology Society - Spain [Internet]. Available from: <https://www.ipos-society.org/courses/spain>
163. Psychosocial impact of the COVID-19 outbreak and lockdown on Spanish oncological patients: a quantitative approach: *Journal of Psychosocial Oncology: Vol 39 , No 3 - Get Access* [Internet]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07347332.2021.1880523>
164. Cocks K, Wells JR, Johnson C, Schmidt H, Koller M, Oerlemans S, et al. Content validity of the EORTC quality of life questionnaire QLQ-C30 for use in cancer. *European Journal of Cancer* [Internet]. 2023 Jan 1;178:128–38. Available from: [https://www.ejancer.com/article/S0959-8049\(22\)01329-6/fulltext](https://www.ejancer.com/article/S0959-8049(22)01329-6/fulltext)
165. ESMO. Scales and Tools [Internet]. Available from: <https://www.esmo.org/scales-and-tools>
166. The Palliative Performance Scale (PPS) [Internet]. Palliative Care Network of Wisconsin. Available from: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/the-palliative-performance-scale-pps/>
167. El Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30 (Versión 2.0). Estudio psicométrico con pacientes con cáncer de mama | *Revista de psicología* [Internet]. Available from: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/74db120f0a8e5646ef5a30154e9f6deb>

168. (PDF) La comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales. El cuestionario de comunicación de la EORTC [Internet]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/317162558_La_comunicacion_entre_el_paciente_oncologico_y_los_profesionales_El_cuestionario_de_comunicacion_de_la_EORTC
169. López et al. - GUIA PARA ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES .pdf [Internet]. Available from: https://seom.org/images/Guia_para_enfermeria_SEOM_alta.pdf
170. https://seom.org/images/Guia_para_enfermeria_SEOM_alta.pdf [Internet]. Available from: https://seom.org/images/Guia_para_enfermeria_SEOM_alta.pdf
171. Domenech-Climent N. El derecho al olvido de los pacientes oncológicos: The “right to be forgotten” of cancer patients. *Enfermería Oncológica* [Internet]. 2023 Aug 25;25(1). Available from: <https://revista.proeditio.com/enfermeriaoncolologica/article/view/5873>
172. Domingo-Osle M, Rosa-Salas VL, Rodríguez NE, Bilbao AC, García-Vivar C. Intervención educativa para cuidar a los largos-supervivientes de cáncer y sus familias: protocolo del estudio. *Enfermería Oncológica* [Internet]. 2023 Dec 3;25(1). Available from: <https://revista.proeditio.com/enfermeriaoncolologica/article/view/5525>
173. Cuidados de soporte - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. Available from: <https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/cuidados-de-soporte>
174. Cicely Saunders: Fundadora del movimiento Hospice de Cuidados Paliativos 9788498408966, 8498408962 [Internet]. dokumen.pub. Available from: <https://dokumen.pub/cicely-saunders-fundadora-del-movimiento-hospice-de-cuidados-paliativos-9788498408966-8498408962.html>
175. López Sánchez JR, Rivera-Largacha S. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Rev Cienc salud* [Internet]. 2018 May 24;16(2):339–54. Available from: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/6773>
176. TESIS-POSDOCTORADO-MSCiruzzi.pdf [Internet]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Maria-Ciruzzi/publication/330503283_TESIS_POSDOCTORADO_MSCiruzzi/links/5c43b0c2a6fdccd6b5ba5a0b/TESIS-POSDOCTORADO-MSCiruzzi.pdf
177. Holland JC, Rowland JH. *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. Oxford University Press; 1989. 808 p.
178. Mitchell A, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care setting: A meta-analysis of 94 interview based studies. *The lancet oncology*. 2011 Feb 1;12:160–74.

179. Evaluación del nivel de ansiedad en el paciente oncológico quirúrgico tratado con biblioterapia [Internet]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552023000100062&lng=es&nrm=iso&tlng=es
180. Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas [Internet]. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000500708
181. Becerra-Gálvez AL, Pérez-Ortiz A, Campos-González KD, Hernández-Gálvez GA, Becerra-Gálvez AL, Pérez-Ortiz A, et al. Depresión, ansiedad y activación conductual en pacientes oncológicos mexicanos: comparaciones y factores predictores. Gaceta mexicana de oncología [Internet]. 2023 Jun;22(2):84–94. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2565-005X2023000200084&lng=es&nrm=iso&tlng=es
182. Altos índices de ansiedad en pacientes oncológicos, especialmente durante la recuperación [Internet]. Altos índices de ansiedad en pacientes oncológicos, especialmente durante la recuperación | Univadis. Available from: <https://www.univadis.es/viewarticle/altos-%25C3%25ADndices-de-ansiedad-en-pacientes-oncol%25C3%25B3gicos-2023a10003ty>
183. Adaptación al cáncer: Ansiedad y sufrimiento [Internet]. 2002. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pdq>
184. Juan Linares E. La crisis del cáncer. In: Crisis, 2009, ISBN 978-84-95496-69-0, págs 244-252 [Internet]. 2009. p. 244–52. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3168084>
185. Las soledades no deseadas en pacientes oncológicos: Un estudio cualitativo | AECC Observatorio [Internet]. Available from: <https://observatorio.contraelcancer.es/informes/las-soledades-no-deseadas-en-pacientes-oncologicos-un-estudio-cualitativo>
186. SER C. Las atenciones psicosociales para aliviar el impacto del cáncer aumentan un 31% [Internet]. cadena SER. 2024. Available from: <https://cadenaser.com/comunitat-valenciana/2024/05/08/las-atenciones-psicosociales-para-aliviar-el-impacto-del-cancer-aumentan-un-31-radio-valencia/>
187. La gestión de los factores psicológicos y emocionales mejora la experiencia en pacientes oncológicos con dolor crónico | MD Anderson Cancer Center Madrid [Internet]. Available from: <https://mdanderson.es/noticias/post/8356/la-gesti%C3%B3n-de-los-factores-psicol%C3%B3gicos-y-emocionales-mejora-la-experiencia-en-pacientes-oncol%C3%B3gicos-con-dolor-cr%C3%B3nico>
188. <https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf> [Internet]. Available from: <https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf>

189. Herrero CC, Cordellat AB, Torrent JC, Pérez MG, Torres AA, Aragón VC, et al. 1. COMUNICACIÓN Y DUELO. FORMAS DEL DUELO.
190. Monografia-secpal.pdf [Internet]. Available from: <https://www.seor.es/wp-content/uploads/Monografia-secpal.pdf>
191. Dialnet-ElCancerYSuRepercusionEnLaPersonalidadDeQuienesLoP-9085431.pdf.
192. Ruiz MaSB, Navia VA. Factores psicosociales y cáncer: una revisión crítica. *Estudios de Psicología* [Internet]. 1986 Jan;7(25):3–35. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1080/02109395.1986.10821445>
193. Inova - Art Therapy, Dance Therapy, Music Therapy, and Imagery [Internet]. Available from: <https://healthlibrary.inova.org/Conditions/Cancer/85,p07338>
194. Liu Z, Yang Z, Xiao C, Zhang K, Osmani M. An investigation into art therapy aided health and well-being research: A 75-year bibliometric analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(1).
195. Kievisiene J, Jautakyte R, Rauckiene-Michaelsson A, Fatkulina N, Agostinis-Sobrinho C. The Effect of Art Therapy and Music Therapy on Breast Cancer Patients: What We Know and What We Need to Find Out—A Systematic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* [Internet]. 2020 Jul 15;2020:1–14. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2020/7390321/>
196. The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials | PLOS ONE [Internet]. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0208716>
197. Comunicación en la atención del cáncer (PDQ®) [Internet]. 2009. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/adaptacion-al-cancer/comunicacion-pro-pdq>
198. cap4.pdf [Internet]. Available from: <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/practicaclinica/cap4.pdf>
199. Carrasco MB. LA SEOM Y LA COMUNICACIÓN.
200. <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/practicaclinica/cap4.pdf> [Internet]. Available from: <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/practicaclinica/cap4.pdf>
201. manual_pacientes.pdf [Internet]. Available from: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/manual_pacientes.pdf

202. Pingitore A, Iacono AM. *The Patient as a Person: An Integrated and Systemic Approach to Patient and Disease*. Springer Nature; 2023. 250 p.
203. Rogers CR. *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Grupo Planeta (GBS); 2000. 364 p.
204. Didoné PH, Aumondi C, Ascari RA. Percepción del paciente con cáncer sobre la práctica de los cuidados de enfermería. *Cancer patient's perception of the practice of nursing care* [Internet]. 2017; Available from: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/72929>
205. Mitchell KAR, Boyle JR, Juricekova L, Brown RF. Adjuvant chemotherapy non-adherence, patient-centered communication, and patient-level factors in elderly breast and colon cancer patients. *Cancer Med*. 2023 May;12(10):11915–29.
206. Epstein RM, Duberstein PR, Fenton JJ, Fiscella K, Hoerger M, Tancredi DJ, et al. Effect of a Patient-Centered Communication Intervention on Oncologist-Patient Communication, Quality of Life, and Health Care Utilization in Advanced Cancer. *JAMA Oncol* [Internet]. 2017 Jan 1;3(1):92–100. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5832439/>
207. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. Guilford Press; 2012. 497 p.
208. Grassi L, Caruso R, Riba MB, Lloyd-Williams M, Kissane D, Rodin G, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open* [Internet]. 2023 Mar 14;8(2):101155. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10163167/>
209. Alwhaibi M, AlRuthia Y, Sales I. The Impact of Depression and Anxiety on Adult Cancer Patients' Health-Related Quality of Life. *J Clin Med* [Internet]. 2023 Mar 12;12(6):2196. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10059703/>
210. Bengoechea C, Molinero C, Velasco C, López-Ibor B. Análisis del uso y funciones del silencio en la comunicación de los profesionales sanitarios en una unidad de oncología pediátrica. *PSIC* [Internet]. 2021 Mar 1;18(1):173–91. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/74538>
211. Mahendiran M, Yeung H, Rossi S, Khosravani H, Perri GA. Evaluating the Effectiveness of the SPIKES Model to Break Bad News - A Systematic Review. *The American journal of hospice & palliative care*. 2023 Feb 13;40:10499091221146296.
212. Azadi A, Abdekhoda M, Habibi S. Medical Student's Skills in Notifying Bad News Based on SPIKES Protocol. *Journal of the Liaquat University of Medical and Health Sciences*. 2018 Oct 1;17:249–54.
213. Jalali R, Jalali A, Jalilian M. Breaking bad news in medical services: a comprehensive systematic review. *Heliyon* [Internet]. 2023 Mar 22;9(4):e14734. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10070541/>

214. El Kefi S, Asan O. How technology impacts communication between cancer patients and their health care providers: A systematic literature review. *Int J Med Inform* [Internet]. 2021 Feb 22;149:104430. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8131252/>
215. Shaffer KM, Turner KL, Siwik C, Gonzalez BD, Upasani R, Glazer JV, et al. Digital health and telehealth in cancer care: a scoping review of reviews. *Lancet Digit Health* [Internet]. 2023 May;5(5):e316–27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10124999/>
216. Kim SH, Sung JH, Yoo SH, Kim S, Lee K, Oh EG, et al. Effects of digital self-management symptom interventions on symptom outcomes in adult cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing* [Internet]. 2023 Oct 1;66:102404. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388923001382>
217. Rodríguez JG, Cumbreira ER, Marrero DG. Características de la comunicación en enfermería oncológica desde la visión de sus protagonistas. *Medimay* [Internet]. 2023 Mar 17;30(1):35–43. Available from: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2038>
218. Alshammari M, Duff J, Guilhermino M. Adult patient communication experiences with nurses in cancer care settings: a qualitative study. *BMC Nurs* [Internet]. 2022 Jul 26;21:201. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9317087/>
219. Kühne F, Fauth H, Ay-Bryson DS, Visser LNC, Weck F. Communicating the diagnosis of cancer or depression: Results of a randomized controlled online study using video vignettes. *Cancer Med*. 2021 Dec;10(24):9012–21.
220. Corr CA. Elisabeth Kübler-Ross and the “Five Stages” Model in a Sampling of Recent Textbooks Published in 10 Countries Outside the United States. *Omega (Westport)* [Internet]. 2021 May 1;83(1):33–63. Available from: <https://doi.org/10.1177/0030222819840476>
221. Tyrrell P, Harberger S, Schoo C, Siddiqui W. Kubler-Ross Stages of Dying and Subsequent Models of Grief. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507885/>
222. 2023-apoyo-emocional-personas-adultas.pdf [Internet]. Available from: <https://leucemiaylinfoma.com/Resources/FCKEditor/file/2023-apoyo-emocional-personas-adultas.pdf>
223. <https://leucemiaylinfoma.com/Resources/FCKEditor/file/2023-apoyo-familiares.pdf> [Internet]. Available from: <https://leucemiaylinfoma.com/Resources/FCKEditor/file/2023-apoyo-familiares.pdf>

224. Andersen BL, Lacchetti C, Ashing K, Berek JS, Berman BS, Bolte S, et al. Management of Anxiety and Depression in Adult Survivors of Cancer: ASCO Guideline Update. *JCO* [Internet]. 2023 Jun 20;41(18):3426–53. Available from: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.23.00293>
225. Protective Buffering: Nurses Facilitating Communication Between Adults With Cancer and Their Adult Family Caregivers Who Overprotect One Another—An Integrative Review - Camilla S. Rothausen, Anne M. Clausen, Barbara Voltelen, Karin B. Dieperink, 2023 [Internet]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10748407231156454>
226. Oh YS. Communications with health professionals and psychological distress in family caregivers to cancer patients: A model based on stress-coping theory. *Applied Nursing Research* [Internet]. 2017 Feb 1;33:5–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189716302221>
227. Caregivers of Cancer Patients - NCI [Internet]. 2014. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/caregiver-support>
228. Cancer Caregiver Support [Internet]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/caregivers.html>
229. Luis Gil Moncayo F, Costa Requena G, Javier Pérez F, Salamero M, Sánchez N, Sirgo A. Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2008 Feb 2;130(3):90–2. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adaptacionpsicologica-prevalencia-trastornos-mentales-13115354>
230. Kunzler AM, Stoffers-Winterling J, Stoll M, Mancini AL, Lehmann S, Blessin M, et al. Mental health and psychosocial support strategies in highly contagious emerging disease outbreaks of substantial public concern: A systematic scoping review. *PLoS One*. 2021;16(2):e0244748.
231. Machado LCDS, Guimarães IMDO, Leão LCDS, Silva GG, Camargo Júnior EB. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER: ASOCIACIÓN CON ASPECTOS CLÍNICOS Y CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2024;29:e92059. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-91332024000100220&tIng=es
232. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review - PubMed [Internet]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11832252/>
233. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002 Feb;52(2):69–77.
234. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression

severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001 Sep;16(9):606–13.

235. Ford J, Thomas F, Byng R, McCabe R. Use of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in Practice: Interactions between patients and physicians. *Qual Health Res* [Internet]. 2020 Nov;30(13):2146–59. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7549295/>
236. Rahman MA, Dhira TA, Sarker AR, Mehareen J. Validity and reliability of the Patient Health Questionnaire scale (PHQ-9) among university students of Bangladesh. *PLOS ONE* [Internet]. 2022 Jun 8;17(6):e0269634. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0269634>
237. Validation and calibration of the patient health questionnaire (PHQ-9) in Argentina | *BMC Psychiatry* | Full Text [Internet]. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2262-9>
238. Assessment of depression severity with the PHQ-9 in cancer patients and in the general population - PMC [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4736493/>
239. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006 May 22;166(10):1092–7.
240. Sapra A, Bhandari P, Sharma S, Chanpura T, Lopp L. Using Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2) and GAD-7 in a Primary Care Setting. *Cureus* [Internet];12(5):e8224. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7306644/>
241. Beck JG, Grant DM, Read JP, Clapp JD, Coffey SF, Miller LM, et al. The Impact of Event Scale –Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2008;22(2):187–98. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2259224/>
242. Donovan K, Grassi L, McGinty H, Jacobsen P. Validation of the Distress Thermometer worldwide: State of the science. *Psychooncology.* 2014 Mar 1;23.
243. Gessler S, Low J, Daniells E, Williams R, Brough V, Tookman A, et al. Screening for distress in cancer patients: is the distress thermometer a valid measure in the UK and does it measure change over time? A prospective validation study. *Psycho-Oncology* [Internet]. 2008;17(6):538–47. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.1273>
244. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol.* 1993 Mar;11(3):570–9.
245. Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory support the hypothesis of a general psychopathological factor - PMC [Internet]. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9972890/>

246. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [Internet]. Available from: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state>
247. Development of the short version of the spielberger state—trait anxiety inventory - ScienceDirect [Internet]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120300834>
248. Limonero JT, Mateo D, Maté-Méndez J, González-Barboteo J, Bayés R, Bernaus M, et al. Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2012 Apr;26(2):145–52. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112012000200009&lng=es&nrm=iso&tIng=es
249. Mentink M, Verbeek D, Noordman J, Timmer-Bonte A, von Rosenstiel I, van Dulmen S. The Effects of Complementary Therapies on Patient-Reported Outcomes: An Overview of Recent Systematic Reviews in Oncology. *Cancers* [Internet]. 2023 Jan;15(18):4513. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6694/15/18/4513>
250. Mao JJ, Pillai GG, Andrade CJ, Ligibel JA, Basu P, Cohen L, et al. Integrative oncology: Addressing the global challenges of cancer prevention and treatment. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* [Internet]. 2022;72(2):144–64. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.3322/caac.21706>
251. Deng G, Cassileth B. Integrative Oncology: An Overview. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* [Internet]. 2014 May 30;(34):233–42. Available from: https://ascopubs.org/doi/10.14694/EdBook_AM.2014.34.233
252. Latte-Naor S, Mao JJ. Putting Integrative Oncology Into Practice: Concepts and Approaches. *J Oncol Pract* [Internet]. 2019 Jan;15(1):7–14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6333385/>
253. *Oncologia integrativa* - TodoLibros [Internet]. Available from: https://www.todolibros.es/es/libro/oncologia-integrativa_V980040025
254. Doyle C. Integrated Medicine and Collaborative Care: Innovations in Cancer Treatment and Mental Health Care [Internet]. Available from: <https://ascopost.com/issues/january-25-2024/integrated-medicine-and-collaborative-care-innovations-in-cancer-treatment-and-mental-health-care/>
255. Integrative Medicine: Our Research & Clinical Trials | Memorial Sloan Kettering Cancer Center [Internet]. Available from: <https://www.mskcc.org/cancer-care/diagnosis-treatment/symptom-management/integrative-medicine/research-clinical-trials>
256. Hibbert A. Complementary therapies - Peter MacCallum Cancer Centre [Internet].

Available from: <https://www.petermac.org/patients-and-carers/information-and-resources/wellbeing-and-complementary-therapies>

257. Grant SJ, Marthick M, Lacey J. Establishing an integrative oncology service in the Australian healthcare setting-the Chris O'Brien Lifehouse Hospital experience. *Support Care Cancer*. 2019 Jun;27(6):2069–76.
258. Stehn J. Integrative Oncology and Wellness Centres in Cancer Care.
259. Klinik Arlesheim [Internet]. Yes to Life. Available from: <https://yestolife.org.uk/provider/klinik-arlesheim/>
260. Integrative and personalised: Havelhöhe Hospital [Internet]. Available from: <https://www.sagst.de/en/what-we-support/project-insights/insight/integrative-and-personalised-havelhoehe-hospital>
261. Penny Brohn UK [Internet]. Penny Brohn UK. Available from: <https://pennybrohn.org.uk/>
262. The Royal Marsden Arts Programme | The Royal Marsden [Internet]. Available from: <https://www.royalmarsden.nhs.uk/royal-marsden-arts>
263. Investigación RS. Arteterapia oncológica. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/arteterapia-oncologica/>
264. REDACCIÓN EL. Las sesiones de musicoterapia "Afinando corazones" de la Arrixaca se amplían a pacientes oncológicos adultos [Internet]. Periódico El Lorquino. 2024. Available from: <https://el-lorquino.com/2024/08/16/region-de-murcia/las-sesiones-de-musicoterapia-afinando-corazones-de-la-arrixaca-se-amplian-a-pacientes-oncologicos-adultos/182768/>
265. Abellán RM. Discapacidad visual: desarrollo, comunicación e intervención. Grupo Editorial Universitario; 2005. 676 p.
266. Creatividad Curativa [Internet]. Mentalizarte. 2024. Available from: <https://mentalizarte.mx/2024/04/19/creatividad-curativa/>
267. LA AUTOESTIMA: NUESTRA FUERZA SECRETA | LUIS ROJAS MARCOS | Segunda mano | Casa del Libro [Internet]. Available from: <https://www.casadellibro.com/libro-la-autoestima-nuestra-fuerza-secreta/9788467030792/1244924>
268. Mateos-Hernández LA, López S, Landa E, Dorr R, Olmo M, Carballada E, et al. TERAPIAS ARTÍSTICO CREATIVAS. Musicoterapia, Arte Terapia, Danza Movimiento Terapia, Drama Terapia, Psicodrama. 2011.
269. Markez I. Arte, creatividad y terapias.

270. Hernández LAM. Terapias artístico creativas [Internet]. Amarú; 2011. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=459793>
271. Oncología integrativa. Tú y esa enfermedad [Internet]. Mandala Ediciones. Available from: <https://www.mandalaediciones.com/medicina-natural/medicina-natural/oncologia-integrativa--tu-y-esa-enfermedad.asp>
272. (PDF) La metodología expresionista en la Educación Artística y su contribución al Arteterapia [Internet]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/327178488_La_metodologia_expresionista_en_la_Educacion_Artistica_y_su_contribucion_al_Arteterapia
273. Cao MLF. Breve historia del Arteterapia.
274. Pérez-Eizaguirre M, Compañ J. Musicoterapia y Arteterapia. Puntos de encuentro en el camino terapéutico. Arteterapia Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. 2016 May 24;10.
275. <https://www.redalyc.org/pdf/274/27404203.pdf> [Internet]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/274/27404203.pdf>
276. Collette N. Arteterapia en el final de la vida. 2013; Available from: <https://roderic.uv.es/handle/10550/29054>
277. Collette N. Arteterapia y cáncer. Psicooncología [Internet]. 2011 Jun 1;8(1):81–99. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/21348>
278. Collette DN, Vecino A. El arte-terapia como estrategia de alivio del sufrimiento de pacientes con cáncer en fase avanzada y terminal.
279. Öztürk-Arenz H, Dietz T, Schiewer V, Durakovic V, Kusch M. The impact of creative arts therapies on emotional speechlessness in cancer: A pilot study. The Arts in Psychotherapy [Internet]. 2023 Sep 1;85:102056. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197455623000631>
280. Wheeler BL, Wagner G, Summer L, Madsen C, Turry A, Eschen JT. Five International Models of Music Therapy Practice. Voices: A World Forum for Music Therapy [Internet]. 2012 Feb 13;12(1). Available from: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/2045>
281. Gaston ET. Music in Therapy. Macmillan; 1968. 520 p.
282. Music Therapy Historical Review | American Music Therapy Association (AMTA) [Internet]. Available from: <https://www.musictherapy.org/>
283. Priestley M. Music Therapy in Action. Barcelona Publishers; 2012. 270 p.
284. Aldridge D. Music Therapy in Palliative Care: New Voices. Jessica Kingsley Publishers; 1999. 178 p.

285. Aldridge D. Music Therapy References Relating to Cancer and Palliative Care. *British Journal of Music Therapy*. 2003 Jun 1;17:17–25.
286. Bruscia KE. *Defining Music Therapy*. Barcelona Publishers; 2014. 387 p.
287. Ruud E. *Music Therapy: Improvisation, Communication, and Culture*. Barcelona Publishers; 1998. 204 p.
288. *Music therapy handbook*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2015. xix, 507 p. (Wheeler BL, editor. *Music therapy handbook*).
289. Wheeler BL, Murphy KM. *Introduction to Music Therapy Research*. Barcelona Publishers; 2016. 272 p.
290. Dileo C. *Music Therapy and Medicine: Theoretical and Clinical Applications*. American Music Therapy Association; 1999. 224 p.
291. Dileo C, Bruscia KE. *Methods of Teaching and Training the Music Therapist*. Temple University, Esther Boyer College of Music; 1988. 92 p.
292. Aigen KS. *The Study of Music Therapy: Current Issues and Concepts*. Routledge; 2013. 326 p.
293. Stige B. *Where Music Helps: Community Music Therapy in Action and Reflection*. Routledge; 2017. 364 p.
294. Stige B, Aarø LE. *Invitation to Community Music Therapy*. Routledge; 2011. 498 p.
295. Waldon EG, Jacobsen SL, Gattino GS. *Music Therapy Assessment: Theory, Research, and Application*. Jessica Kingsley Publishers; 2018. 434 p.
296. Waldon EG, Lesser A, Weeden L, Messick E. The Music Attentiveness Screening Assessment, Revised (MASA-R): A Study of Technical Adequacy. *Journal of Music Therapy* [Internet]. 2016 Jan 1;53(1):75–92. Available from: <https://doi.org/10.1093/jmt/thv021>
297. Jacobsen SL, Thompson G. *Music Therapy with Families: Therapeutic Approaches and Theoretical Perspectives*. Jessica Kingsley Publishers; 2016. 346 p.
298. Baxter HT, Berghofer JA, MacEwan L, Nelson J, Peters K, Roberts P. *The Individualized Music Therapy Assessment Profile: IMTAP*. Jessica Kingsley Publishers; 2007. 196 p.
299. European Federation of Art Therapy [Internet]. EFAT. Available from: <https://www.arttherapyfederation.eu/>
300. Home - New [Internet]. American Art Therapy Association. Available from: <https://arttherapy.org/>
301. Who We Are [Internet]. ieata. Available from: <https://www.ieata.org/who-we-are>

302. Who were the pioneers of art therapy? - Processing Therapy [Internet]. 2023. Available from: <https://processingtherapy.com/who-were-the-pioneers-of-art-therapy/>
303. Hill A. Art Versus Illness: A Story of Art Therapy. G. Allen and Unwin; 1945. 154 p.
304. Art as Therapy with Children - Google Books [Internet]. Available from: https://www.google.es/books/edition/Art_as_Therapy_with_Children/YNTZAAAAMA_AJ?hl=es&gbpv=1&bsq=Art+as+Therapy+with+Children&dq=Art+as+Therapy+wit+h+Children&printsec=frontcover
305. Landgarten HB. Clinical Art Therapy: A Comprehensive Guide. Routledge; 2013. 418 p.
306. Rubin JA. Approaches to Art Therapy: Theory and Technique. Routledge; 2012. 383 p.
307. Rubin JA. Child Art Therapy. John Wiley & Sons; 2011. 464 p.
308. Art-based Research - Google Books [Internet]. Available from: https://www.google.es/books/edition/Art_based_Research/LX8v339W1MsC?hl=es&gbpv=1&dq=%E2%80%9CArt-Based+Research+shaun&printsec=frontcover
309. Art Heals - Google Books [Internet]. Available from: https://www.google.es/books/edition/Art_Heals/RapicU71oJ4C?hl=es&gbpv=1&dq=Art+Heals:+How+Creativity+Cures+the+Soul&printsec=frontcover
310. Rifkind G. The Psychology of Political Extremism: What Would Sigmund Freud have Thought About Islamic State? Routledge; 2020. 110 p.
311. Dalley T. Art as Therapy: An Introduction to the Use of Art as a Therapeutic Technique. Routledge; 2008. 396 p.
312. Case C, Dalley T. The Handbook of Art Therapy. Routledge; 2014. 325 p.
313. Osborne J. Art and the Child with Autism: Therapy or education? Early Child Development and Care [Internet]. 2003 Aug;173(4):411–23. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0300443032000079096>
314. Hogan S. Revisiting Feminist Approaches to Art Therapy. Berghahn Books; 2012. 356 p.
315. Gadamer, Hans-Georg - Verdad y Método vol. 1.pdf [Internet]. Google Docs. Available from: https://docs.google.com/file/d/0BzH20_Ds87woM3hSWjZIdHIzWVU/edit?usp=embed_facebook
316. Téllez G. Homo pictor: la ontología de la imagen en Hans Jonas. Mutatis Mutandis: Revista Internacional de Filosofía [Internet]. 2014 May 1;(2):111–26. Available

from:

<https://revistamutatismutandis.com/index.php/mutatismutandis/article/view/88>

317. Bruscia KE. Modelos de improvisación en musicoterapia. Agruparte; 1999. 430 p.
318. Kaplan F. Art, Science and Art Therapy: Repainting the Picture. Jessica Kingsley Publishers; 2000. 126 p.
319. Investigación RS. Arteterapia oncológica. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/arteterapia-oncologica/>
320. Rodríguez Novo N, Novo Muñoz MM, Rodríguez Gómez JÁ, Rodríguez Novo N, Novo Muñoz MM, Rodríguez Gómez JÁ. Arteterapia Enfermera. Un Sondeo de estado de la cuestión. Ene [Internet]. 2021;15(3). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2021000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
321. De Casademunt Porta L. En Busca de la expresión perdida: "La imagen emergente". Arteterapia en un contexto oncológico. Articles publicats en revistes (Arts Conservació-Restauració) [Internet]. 2016; Available from: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/166483>
322. Birnie K, Garland SN, Carlson LE. Psychological benefits for cancer patients and their partners participating in mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Psychooncology*. 2010 Sep;19(9):1004–9.
323. Bell JG, McHale J, Elliott JO, Heaton W. The impact of art therapy on anxiety and hope in patients with gynecologic cancer undergoing chemotherapy. *Arts in Psychotherapy*. 2022;80.
324. van den Hurk DGM, Schellekens MPJ, Molema J, Speckens AEM, van der Drift MA. Mindfulness-Based Stress Reduction for lung cancer patients and their partners: Results of a mixed methods pilot study. *Palliat Med* [Internet]. 2015 Jul;29(7):652–60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4457793/>
325. Alwledat K, Al-Amer R, Ali AM, Abuzied Y, Adnan Khudeir F, Alzahrani NS, et al. Creative Art Therapy for Improving Depression, Anxiety, and Stress in Patients with Stroke: A Quasi-Interventional Study. *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2023 Mar ;9:23779608231160473. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9989432/>
326. Solan M. Art therapy: Another way to help manage pain [Internet]. Harvard Health. 2018. Available from: <https://www.health.harvard.edu/blog/art-therapy-another-way-to-help-manage-pain-2018071214243>
327. Shella TA. Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment. *The Arts in Psychotherapy* [Internet]. 2018 Feb 1;57:59–64. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197455617301053>

328. Amabile TM. In Pursuit of Everyday Creativity.
329. Rodriguez Novo N, Novo Munoz MM, Cuellar-Pompa L, Rodriguez Gomez JA. Trends in Research on Art Therapy Indexed in the Web of Science: A Bibliometric Analysis. *Front Psychol* [Internet]. 2021 Nov 19;12:752026. Available from: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000726360500001>
330. USAR EL CEREBRO: CONOCER NUESTRA MENTE PARA VIVIR MEJOR | FRANCISCO MANES FACUNDO | Casa del Libro [Internet]. Available from: <https://www.casadellibro.com/libro-usar-el-cerebro-conocer-nuestra-mente-para-vivir-mejor/9788449330858/2408429>
331. (PDF) Creativity, Intelligence, and Personality: A Critical Review of the Scattered Literature [Internet]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/5511570_Creativity_Intelligence_and_Personality_A_Critical_Review_of_the_Scattered_Literature
332. ENTRENA TU CEREBRO | MARTA ROMO | Casa del Libro [Internet]. Available from: <https://www.casadellibro.com/libro-entrena-tu-cerebro/9788416253869/3040412>
333. López Martínez MD. Arteterapia y su aportación a las psicoterapias verbales. *rdp* [Internet]. 2010 Jul 1;21(82/83):145–59. Available from: <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/35226>
334. Bermúdez Castro MA, Río Diéguez M del, Palao Tarreros A. Arteterapia en dolor crónico. *Metas de enfermería* [Internet]. 2019;22(4):79. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6898053>
335. Río Diéguez M del, López Pérez R. Arteterapia en oncología. *Metas de enfermería* [Internet]. 2019;22(5):27–32. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6943872>
336. Colorful Screams of Silent Emotions: A Study with Oncological Patients - PMC [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6659539/>
337. World Federation of Music Therapy [Internet]. Available from: <https://www.wfmt.info/>
338. American Music Therapy Association | American Music Therapy Association (AMTA) [Internet]. Available from: <https://www.musictherapy.org/>
339. Lucanne L. Role of Music Therapy in Integrative Oncology. *Journal of the Society for Integrative Oncology*. 2006 Feb 1;4:79–81.
340. Martí-Augé P, Mercadal-Brotons M, Solé-Resano C. La musicoterapia en Oncología. *Gaceta Mexicana de Oncología* [Internet]. 2015 Nov 1;14(6):346–52. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920115001212>

341. Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. 2011;
342. Martí P, Fontanals I, Funtané J, Canaletas C, Sierra J, Rodés M, et al. Preliminary results of the effect of music therapy treatment on anxiety, sadness, physical discomfort, mood, and quality of life in hospitalized onco-haematological patients. *BMC Psychology* [Internet]. 2023 Dec 5;11(1):425. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01459-x>
343. Monsalve-Duarte S, Betancourt-Zapata W, Suarez-Cañon N, Maya R, Salgado-Vasco A, Prieto-Garces S, et al. Music therapy and music medicine interventions with adult burn patients: A systematic review and meta-analysis. *Burns*. 2022 May;48(3):510–21.
344. What is the Difference Between Music Therapy and Music Medicine? | Incadence Music Therapy Blog [Internet]. Available from: <https://www.incadence.org/post/what-is-the-difference-between-music-therapy-and-music-medicine>
345. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. :10.
346. Rabadán J, Chamarro A, Alvarez Moleiro M. Terapias artísticas y creativas en la mejora del malestar psicológico en mujeres con cáncer de mama. *Revisión sistemática. Psicooncología*. 2017 Oct 13;14.
347. The effectiveness of music therapy for patients with cancer: A systematic review and meta-analysis - PubMed [Internet]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32017183/>
348. Music Therapy in the Psychosocial Treatment of Adult Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis - PubMed [Internet]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32373019/>
349. The effectiveness of mindfulness-based interventions among cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis - PubMed [Internet]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31834518/>
350. The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review - PubMed [Internet]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33188476/>
351. Collette N, Sola I, Bonfill X, Pascual A. Art Therapy in Advanced Cancer. A Mapping Review of the Evidence. *Curr Oncol Rep* [Internet]. 2022 Dec;24(12):1715–30. Available from: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000843421400001>
352. Rodgers-Melnick SN, Rivard RL, Block S, Dusek JA. Clinical Delivery and

Effectiveness of Music Therapy in Hematology and Oncology: An EMMPIRE Retrospective Study. *Integr Cancer Ther* [Internet]. 2022;21. Available from: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000905190300086>

353. Abu-Odah H, Sheffield D, Hogan S, Yorke J, Molassiotis A. Effectiveness of creative arts therapy for adult patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2024 Jun 14;32(7):430.
354. (PDF) Procesos creativos en el arte para la resignificación de la identidad: una aproximación psicoanalítica / Creation art processes for the resignification of identity: a psychoanalytic approach. ResearchGate [Internet]. 2024 Dec 9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/329564102_Procesos_creativos_en_el_art_e_para_la_resignificacion_de_la_identidad_una_aproximacion_psicoanalitica_Creatio_n_art_processes_for_the_resignification_of_identity_a_pschoanalytic_approach
355. Martínez Martí I, Pallarés-Renau M, Zomeño Jiménez D. El proceso creativo: análisis comparativo del modelo clásico y del modelo cognitivo. *Pensar public* [Internet]. 2023 Sep 12;16(2):61–73. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PEPU/article/view/83300>
356. Puig, A., & Klimova, A. (2019). Art Therapy in Oncology: Benefits and Challenges. *International Journal of Art Therapy*, 24(3), 133-141. - Buscar con Google [Internet]. Available from: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Puig%2C+A.%2C+%26+Klimova%2C+A.+%282019%29.+Art+Therapy+in+Oncology%3A+Benefits+and+Challenges.+International+Journal+of+Art+Therapy%2C+24%283%29%2C+133-141.>
357. Kievišienė J, Jautakyte R, Rauckiene-Michaelsson A, Istomina N, Agostinis-Sobrinho C. The Effect of Art Therapy and Music Therapy on Breast Cancer Patients: What We Know and What We Need to Find out - A Systematic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2020 Jul 15;2020:1–14.
358. Bilgin E, Kirca O, Ozdogan M. Art therapies in cancer — A non-negligible beauty and benefit. *Journal of Oncological Sciences* [Internet]. 2018 Apr 1;4(1):47–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452336417301292>
359. de Witte M, Orkibi H, Zarate R, Karkou V, Sajnani N, Malhotra B, et al. From Therapeutic Factors to Mechanisms of Change in the Creative Arts Therapies: A Scoping Review. *Front Psychol* [Internet]. 2021 Jul 15;12:678397. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8336579/>
360. Role of Art Therapy in the Promotion of Mental Health: A Critical Review - PMC [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9472646/>
361. Aldridge D. *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*. Jessica Kingsley Publishers; 1999. 178 p.
362. Ruud E. *Music Therapy: Improvisation, Communication, and Culture*. Barcelona

Publishers; 1998. 204 p.

363. Rodgers-Melnick SN, Rivard RL, Block S, Dusek JA. Effectiveness of music therapy within community hospitals: an EMMPIRE retrospective study. *Pain Rep* [Internet]. 2023 Apr 13;8(3):e1074. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10508459/>
364. Connecting with my inner child through vocal psychotherapy - Eta L Lauw, 2023 [Internet]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/13594575221145387>
365. Wallas G. *The Art of Thought*. Solis Press; 2014. 204 p.
366. *The Act of Creation* - Arthur Koestler - Google Libros [Internet]. Available from: https://books.google.es/books/about/The_Act_of_Creation.html?id=tJC5pDXFY8oC&redir_esc=y
367. Koestler A. *The Act of Creation*. Macmillan; 1969. 500 p.
368. Weeseman Y, Scherer-Rath M, Christophe N, Dörr H, Helmich E, Sprangers MAG, et al. Co-creative art processes with cancer patients from the artists' perspective: a qualitative study exploring resonance theory. *Support Care Cancer* [Internet]. 2023 Apr 20;31(5):287. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07744-0>
369. Atkinson TM, Liou KT, Borten MA, Li QS, Popkin K, Webb A, et al. Association Between Music Therapy Techniques and Patient-Reported Moderate to Severe Fatigue in Hospitalized Adults With Cancer. *JCO Oncol Pract* [Internet]. 2020 Dec 1;16(12):E1553–7. Available from: <https://www.webofscience.com/wos/allldb/full-record/WOS:000615918500030>
370. Kaimal G, Carroll-Haskins K, Mensinger J, Dieterich-Hartwell R, Manders E, Levin W. Outcomes of art therapy and coloring for caregivers of patients in a radiation oncology unit: A mixed methods pilot study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2019 Aug 1;42.
371. Barbot B, Piering K, Horcher D, Baudoux L. Creative recovery: Narrative creativity mitigates identity distress among young adults with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology* [Internet]. 2022 Apr 27;40(3):315–30. Available from: <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1907498>
372. Claretianas P, Mendizábal JA, Teléf M. EL ENCUENTRO Y LA PLENITUD.
373. Benavent C. *El poder del diálogo y del encuentro*. Alfonso López Quintás. B.A.C. Madrid, 1997. 247 páginas. *Crítica* [Internet]. 1998;(855):58. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6181064>
374. López Quintás A. *Inteligencia creativa: el descubrimiento personal de los valores* [Internet]. Biblioteca de Autores Cristianos; 2002. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=162563>

375. Quintás AL. *Estética de la creatividad: juego, arte, literatura*. Cátedra; 1977. 474 p.
376. Fowler J, Ardon A. Diagnostic Drawing Series and dissociative disorders: A Dutch study. *The Arts in Psychotherapy*. 2002 Dec 31;29:221–30.
377. Snir S, Regev D. ABI – Art-based Intervention Questionnaire. *The Arts in Psychotherapy* [Internet]. 2013 Jul 1;40(3):338–46. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197455613001275>
378. Haeyen S, Noorthoorn E. Validity of the Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS). *PLoS One*. 2021;16(3):e0248315.
379. Haeyen S, Van Hooren S, Van Der Veld WM, Hutschemaekers G. Measuring the contribution of art therapy in multidisciplinary treatment of personality disorders: The construction of the Self-expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS). *Personality & Mental Health* [Internet]. 2018 Feb;12(1):3–14. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmh.1379>
380. Raglio A, Gnesi M, Monti M, Oasi O, Gianotti M, Attardo L, et al. The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS): Validation of a new tool for music therapy process evaluation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2017 Aug 1;24.
381. [Essentials_of_Music_Therapy_Assessment_141221.pdf](#).
382. Carrasco García J, González López I, Sevilla AB. Benefits of music therapy as an integrative option in oncological treatment | Beneficios de la musicoterapia como opción integrativa en el tratamiento oncológico. *Psicooncología*. 2020 Sep 7;17:335–55.
383. Meadows A, Burns DS, Perkins SM. Measuring Supportive Music and Imagery Interventions: The Development of the Music Therapy Self-Rating Scale. *J Music Ther*. 2015;52(3):353–75.
384. (3) (PDF) Recomendaciones para construcción de escalas [Internet]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/344154889_Recomendaciones_para_construccion_de_escalas
385. Ferrando PJ, Anguiano-Carrasco C. El Análisis Factorial Como Técnica De Investigación En Psicología. *Papeles del Psicólogo* [Internet]. 2010;31(1):18–33. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441003>
386. [Guia NNN Consult Planes.pdf](#) [Internet]. Available from: <https://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag-21364/Guia%20NNN%20Consult%20Planes.pdf>
387. TREND (Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs) - Guidelines for Reporting Health Research: A User's Manual - Wiley Online Library [Internet]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118715598.ch16>

388. Nordoff and Robbins - The UK's largest music therapy charity [Internet]. Available from: <https://www.nordoff-robbins.org.uk/>
389. Musicoterapia creativa: método Nordoff-Robbins • Musictip [Internet]. Available from: <https://musictip.net/la-musicoterapia/la-practica-de-la-musicoterapia/nordoff-robbins/>
390. Lama D, Ph.D PE. Emotional Awareness: Overcoming the Obstacles to Psychological Balance and Compassion. Macmillan; 2008. 288 p.
391. MATERIAL-DE-APOYO_LAS-EMOCIONES.pdf [Internet]. Available from: https://ie-inteligenciaemocional.com/wp-content/uploads/2021/06/MATERIAL-DE-APOYO_LAS-EMOCIONES.pdf
392. Plutchik R. Emotions and Life: Perspectives from Psychology, Biology, and Evolution. American Psychological Association; 2003. 381 p.
393. Abbasi M, Beltiukov A. Summarizing Emotions from Text Using Plutchik's Wheel of Emotions. 2019 May 30;166:291–4.
394. 30760245-kandinsky-vassily-de-lo-espiritual-en-el-arte-pdf.pdf [Internet]. Available from: <https://gabrielagarbo.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/01/30760245-kandinsky-vassily-de-lo-espiritual-en-el-arte-pdf.pdf>
395. Schwarz A, Schwarz A. Relajación muscular progresiva de Jacobson. Editorial HISPANO EUROPEA; 2017. 67 p.
396. Ors P d'. Biografía del silencio : breve ensayo sobre la meditación. Galaxia Gutenberg, S.L.; 2022. 112 p.
397. Mao JJ, Ismaila N, Bao T, Barton D, Ben-Arye E, Garland EL, et al. Integrative Medicine for Pain Management in Oncology: Society for Integrative Oncology-ASCO Guideline. J Clin Oncol. 2022 Dec 1;40(34):3998–4024.
398. Samuels N, Ben-Arye E. Integrative Medicine for Cancer-Related Pain: A Narrative Review. Healthcare [Internet]. 2024 Jan;12(3):403. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/12/3/403>

12. ANEXOS

12.1 Descripción vídeo humanizando radioterapia. (Apartado 4.4.3).

(Véase apartado 4.4.3 EL PROFESIONAL SANITARIO)

Acceso al vídeo, disponible en el siguiente enlace: [https://youtu.be/TfjT_M9x_sQ]



12.2 Descripción proyecto humanizando cuidamos. Fase 1 (Apartado 4.4.3).

(Véase apartado 5.4.3 APOYO PSICOSOCIAL, EMOCIONAL, ESPIRITUAL Y A LA PERSONA. CUIDADO Y ACOMPAÑAMIENTO FAMILIARES Y PACIENTES. 9.8.5 Formación continua en oncología humanizada para profesionales de la salud; 4.4.3 EL PROFESIONAL SANITARIO)

Acceso al vídeo, disponible en el siguiente enlace: [<https://youtu.be/M98M2naqvds>]



12.3 Proyecto Crear. Transformación y catarsis. Proceso creativo (Apartado 6.4).

Videoperformance descrita en el apartado 6.4 TRANSFORMACIÓN Y CATARSIS: EXPLORANDO EL PROCESO CREATIVO EN LA MUSICOTERAPIA Y LA ARTETERAPIA PARA PACIENTES CON CÁNCER. Acceso al vídeo, disponible en el siguiente enlace: [\[https://youtu.be/NTdKj42QGmk\]](https://youtu.be/NTdKj42QGmk)



**PROYECTO
CREAR**

**CORTO AUDIOVISUAL POR LA
INCLUSIÓN DEL ARTE EN LA SALUD INTEGRAL**

Coproducido por Alessia Gutiérrez y Lucía Di Pietro
España/Argentina

PROPÓSITO DEL PROYECTO

Realizamos este material con la ilusión de tender puentes que conecten el arte con la salud, y a las personas entre sí.



Imaginamos proyectarlo en diversos ámbitos, y que sea una semilla que propicie reflexiones, diálogos y acciones en pos de una necesaria integración de las dimensiones biológicas y psicoafectivas, prácticas y sensibles de quienes atraviesan procesos vitales desafiantes.

OFRECIMIENTO

Ponemos a disposición el corto audiovisual "Crear" y nuestra presencia para generar encuentros con la comunidad. El video es de libre reproducción siempre que se acredite quienes son las autoras. Sugerimos notificarnos antes de utilizarlo y quedamos a disposición para posibles acciones en conjunto.

12.4 Proyecto de evaluación del proceso de arteterapia y musicoterapia (Apartado 6.5)

(Apartado 6.5 EVALUACIÓN DE LA ARTETERAPIA Y LA MUSICOTERAPIA EN EL PACIENTE ADULTO ONCOLÓGICO.). Dictamen de aprobación del estudio por el Ceim del hospital y compromisos investigadores.

	
Nº CEIm: 24/052	
DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN	
<p>Dña. DULCE MARIA UGALDE DIEZ, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE.</p>	
CERTIFICA	
<p>Que este Comité en la reunión celebrada el día 09/04/2024 ha evaluado la propuesta del investigador para que se realice el proyecto de investigación, titulado: Versión española del Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS) y The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS) para evaluación del proceso de arteterapia y musicoterapia: traducción, adaptación cultural y validación.</p>	
TIPO DOCUMENTO	VERSIÓN
Protocolo	v.1.2 - 27 marzo 2024
Hoja Información de Paciente	v. 1.1 - 9 febrero 2024
<p>Entendiendo que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este Centro, cumpliendo los requisitos metodológicos necesarios y las normas de funcionamiento interno del Comité. Se han ponderado los aspectos metodológicos éticos y legales y se recogerá la decisión adoptada en el acta correspondiente.</p>	
<p>Este Comité INFORMA FAVORABLEMENTE a la realización de dicho proyecto.</p>	
<p>El estudio será realizado en el Hospital Universitario 12 de Octubre por ALESSIA GUTIERREZ DELGADO como Investigador Principal.</p>	
<p>Lo que firmo en Madrid, a 09 de abril de 2024</p>	
<p>Firmado.: Dra. DULCE MARIA UGALDE DIEZ Secretaria del CEIm Hospital Universitario 12 de Octubre</p>	
<p>Comité de Ética de Investigación, Hospital 12 de Octubre • Av. de Córdoba s/n 28041 Madrid Centro Actividades Ambulatoria, Bloque D, Planta 6ª • e-mail: ceic@h12o.es</p>	

COMPROMISO DEL INVESTIGADORA PRINCIPAL

DR./DRA. Alessia Gutiérrez Delgado

Hace constar:

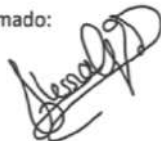
Que conoce y acepta participar como investigador principal en el estudio *Versión española del Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS) y The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS)* para evaluación del proceso de arteterapia y musicoterapia: traducción, adaptación cultural y validación.

- Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica.
- Que respetará las normas éticas aplicadas a este tipo de estudios.

En Madrid a 26 Enero 2023

Firmado:

Firmado:



Investigador Principal
Alessia Gutiérrez Delgado

12.4.1 Fase 1. Traducción, adaptación cultural y validación. (Datos a cumplimentar por grupo de expertos a través de QUALTRICS)

Escala MT-SAS (Music Therapy Session Assessment Scale)

<p>Introducción. Acepto Texto Legal</p> <p>TITULO DEL ESTUDIO: Versión española del The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS) para profesionales. Evaluación de las sesiones musicoterapia en el ámbito hospitalario: traducción, adaptación cultural y validación.</p> <p>INVESTIGADOR PRINCIPAL: Alessia Gutiérrez Delgado (alessia.gutierrez@salud.madrid.org).</p> <p>CENTRO: Hospital Universitario Doce de Octubre, Universidad Francisco de Vitoria, Facultad de Biotecnología, Medicina y Ciencias Biosanitarias.</p> <p>Muchas gracias por participar en este estudio.</p> <p>A continuación, podrá leer la información del mismo con el fin de que pueda dar libremente su consentimiento antes de comenzar.</p> <p>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE:</p> <p>1. INTRODUCCIÓN: Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética del Hospital Doce de Octubre o de la Investigación de la Universidad Francisco de Vitoria. Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.</p> <p>2. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.</p> <p>3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO: El estudio en el que le proponemos</p>	<p>participar tiene la intención de analizar la viabilidad, comprensión y adecuación de la versión traducida y adaptada al castellano español de los test MT-SAS:</p> <p>- MT-SAS que evalúa globalmente las conductas sonoro-musicales y no verbales relacionadas con la sintonía emocional y la relación empática entre el paciente y el terapeuta durante las sesiones activas de Musicoterapia.</p> <p>Para ello, tras explicarle las instrucciones de cumplimiento se le pedirá que rellene el cuestionario y responda a una encuesta de opinión.</p> <p>El test consta de un total de 7 ítems (MT-SAS) y la encuesta breve podrá ir acompañada de una entrevista de corta duración si los investigadores lo considerarán de interés para el estudio.</p> <p>No existe riesgo para el participante ya que es una recogida de información que no implica ningún tratamiento o actividad no habitual para el sujeto.</p> <p>Se plantea incluir una muestra total de 15-20 participantes y de 100 para la segunda fase de validación, escogidos todos de forma no aleatoria, por conveniencia. Dicha cifra aproximada es la encontrada en otros procesos de validación para estos test a otros idiomas.</p> <p>El participante del estudio se responsabiliza en la colaboración en relación con los procedimientos del estudio.</p> <p>4. BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO: De los resultados que se deriven de este estudio, se procederá a validar el test si este resulta favorablemente traducido y adaptado al castellano.</p> <p>5. N.º DE URGENCIA PARA PROBLEMAS DEL ESTUDIO: En caso de que desee formular preguntas acerca del estudio o daños relacionados con el mismo, contactar con el investigador/a del estudio Alessia Gutiérrez Delgado (alessia.gutierrez@salud.madrid.org)</p> <p>6. CONFIDENCIALIDAD: El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales 3/2018 de 5 de diciembre. De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador/a del estudio. Los datos recogidos para el estudio serán anónimos. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona</p>
<p>alguna. Sólo se tramitarán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc... En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.</p> <p>7. COMPENSACIÓN ECONÓMICA: El promotor del estudio es el responsable de gestionar la financiación del mismo, por lo que su participación en él no le supondrá ningún gasto.</p> <p>8. OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE: Cualquier nueva información referente que se descubra durante su participación y que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, le será comunicada por el investigador/a lo antes posible. Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, no se añadirá ningún dato nuevo a la base de datos y, puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente obtenidas para evitar la realización de nuevos análisis. También debe saber que puede ser excluido del estudio si el promotor o los investigadores del mismo lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca o porque consideren que usted no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo por el que se ha decidido su retirada del estudio. El promotor podrá suspender el estudio siempre y cuando sea por alguno de los supuestos contemplados en la legislación vigente. Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.</p> <p>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Información básica relativa a la protección de sus datos de carácter personal:</p> <p>El responsable del tratamiento de sus datos es el Hospital Universitario Doce de Octubre y la Universidad Francisco de Vitoria (UFV). La finalidad del tratamiento es gestionar su participación en el proyecto "Versión española del The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS) para evaluación</p>	<p>del proceso de musicoterapia: traducción, adaptación cultural y validación " tal y como se describe en este documento.</p> <p>La legitimación del tratamiento es el consentimiento del interesado marcando las casillas destinadas a tal efecto. Sus datos personales no serán comunicados a terceros. Los datos serán conservados mientras sea necesario para los fines de investigación científica que persigue el proyecto de investigación anteriormente señalado y, una vez finalizado el proyecto de investigación, los datos podrán anonimizarse debido al interés científico del estudio.</p> <p>Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad mediante un escrito dirigido a la Secretaría General de la Universidad Francisco de Vitoria, Ctra. M-515 Pozuelo-Majadahonda Km. 1,800; 28223, Pozuelo de Alarcón (Madrid), o al correo electrónico dpd@ufv.es. También puede ejercitar sus derechos a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en Avda. Córdoba, s/n 28041 Madrid, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente, o al delegado de protección de datos "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" Plaza Carlos Trías Bertrán nº7 (Edif. Sollube) Madrid 28020 o al correo electrónico datos.imas12@h12o.es Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.</p> <p>Acepto y autorizo a que mis datos sean tratados por la Universidad Francisco de Vitoria y el Hospital Universitario Doce de Octubre, con la finalidad de participar en el proyecto de investigación y para remitirme, por cualquier medio, incluidos los electrónicos (a modo enunciativo, pero no limitativo, correo electrónico), comunicaciones relativas a mi participación en el proyecto de investigación referenciado.</p> <p><u>Consentimiento especial en relación con el tratamiento de datos de salud:</u> en el proyecto de investigación referenciado se pueden llegar a tratar datos sobre su salud. Para poder utilizarlos con fines de investigación científica, debe autorizar a la Universidad Francisco de Vitoria y el Hospital Universitario Doce de Octubre dicho tratamiento mediante el correspondiente explícito marcando la siguiente casilla.</p>

He leído el documento de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo. Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones. Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

- Si acepto
 No acepto

Edad (en número sin decimales)

Sexo

- Hombre
 Mujer
 Otro

Nacionalidad: (Por favor, indique únicamente el país en mayúscula y sin tildes. Por ejemplo: "ESPAÑA")

Indique su formación universitaria/académica.

Especialidad en la que trabaja

Hospital o centro de salud donde trabaja:
(Por favor, indique el nombre completo y oficial del hospital o del centro, sin

abreviaturas. Por ejemplo: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA)

Indique por favor el número de años de experiencia asistiendo a pacientes. (Por favor, exprese en número sin decimales, no en letra. Por ejemplo: "13")

Tipo de diagnóstico oncohematológico (Variable a completar con ayuda del profesional sanitario si fuese necesario)

MT-SAS

Inicio del test (MT-SAS): Escala de evaluación de sesiones de musicoterapia.

El objetivo en el que nos encontramos en este momento del estudio es el de conocer si la traducción y adaptación del test ha sido correctamente realizada al castellano. Por ello, como profesional perteneciente al ámbito sanitario, además de evaluar la intervención propia de la musicoterapia, **se le pedirá que evalúe la claridad y la relevancia de cada una de las preguntas que componen el cuestionario.**

La escala MT-SAS fue creada para evaluar sesiones individuales de musicoterapia activa basadas en relaciones, en todos los campos clínicos. El resultado final de la escala se trata de una variable pseudocuantitativa que se obtiene como la suma de las respuestas a los 7 ítems binarios que tienen en cuenta:

- 1) el contacto visual,
- 2) la reciprocidad corporal,
- 3) el semblante y las señales corporales,
- 4) rechazo,
- 5) producciones musicales sonoras
- 6) producciones sonoro-musicales sintonizadas
- 7) dinamismo.

Lea detenidamente cada una de las afirmaciones y escoja la respuesta que mejor refleje el grado en que usted considera que cada afirmación se corresponde con la evaluación de la sesión de musicoterapia aplicada al paciente.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

El sistema de puntuación para codificar:

El ítem 1 "Contacto visual" considera las partes visibles del vídeo de la sesión en términos de **+(más)**= "Principalmente presente" o **-(menos)**= "Principalmente ausente".

Los ítems 2 a 7 se basa en una codificación dicotómica en una escala en términos de 1 =("Estar predominantemente presente") o 0 =("Estar predominantemente ausente").

Tal puntuación debe interpretarse como una escala ordinal de evaluación de seis niveles de la actitud comunicativa no verbal del paciente hacia el terapeuta; cuanto mayor sea el nivel de la escala, más fuerte será la actitud comunicativa.

Después de cada pregunta, evalúe del 1 ("Nada") al 4 ("Totalmente") el nivel de claridad y relevancia que posee dicho ítem con el que se intenta medir la profesionalidad del residente. **Por favor, responda con la mayor sinceridad posible acerca del comportamiento del paciente, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas y que estas serán tratadas con total confidencialidad.**

¡Muchas gracias por su participación!

Comentarios

1. Contacto visual: (El paciente dirige su mirada hacia el musicoterapeuta.)

+ (Más)= "Principalmente presente".

- (menos)= "Principalmente ausente".

Evalúe del 1 ("Nada claro") al 4 ("Totalmente claro") la **claridad** del enunciado del ítem 1

Contacto visual:

1 (Nada claro)

2 3

4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar **qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría** para que el ítem 1 Contacto visual le pareciese más adecuado?

Evalúe del 1 ("Nada relevante") al 4 ("Totalmente relevante") la **relevancia** del ítem 1 Contacto visual, para evaluar la sesión de musicoterapia:

1 (Nada relevante)

2 3

4 (Totalmente relevante)

2

2. Apertura/Reciprocidad postural: (El paciente se orienta posturalmente (frontalidad y/o reciprocidad) respecto al musicoterapeuta de forma apropiada a la dinámica comunicativo-relacional);

1 = "Principalmente presente".

2 = "Principalmente ausente".

Claridad del ítem 2.:

1 (Nada claro)

2 3

4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar **qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría** para que el ítem 2 Apertura/Reciprocidad postural: le pareciese más adecuado?

Relevancia del ítem 2 Apertura/Reciprocidad postural:

1 (Nada relevante)

2 3

4 (Totalmente relevante)

3

3. Expresiones faciales y corporales que denotan implicación emocional: (mímicas que subrayan un estado emocional positivo (por ejemplo, sonrisas) en presencia de producción sonora musical sintónica y/o movimientos corporales que subrayan la producción sonora musical sintónica (no se consideran los movimientos necesarios para la producción de sonido):

1 = "Principalmente presente".

2 = "Principalmente ausente".

Claridad del ítem 3.:

1 (Nada claro)

2 3

4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar **qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría** para que el ítem 3. Expresiones faciales y corporales que denotan implicación emocional: le pareciese más adecuado?

Relevancia del ítem 3:

1 (Nada relevante)

2 3

4 (Totalmente relevante)

4

4. Rechazo/Comportamiento perturbado: (El paciente muestra dificultades a nivel comunicativo-relacional; pueden estar presentes emociones negativas (por ejemplo: inquietud, ansiedad, aburrimiento, etc) expresadas a través de posturas, gestos o expresiones (verbales o de otro tipo). El paciente puede manifestar incluso malestar o rechazo hacia las propuestas del musicoterapeuta a través de gestos (por ejemplo, desaprueba con la cabeza), acciones más o menos complejas (por ejemplo, empuja o arroja objetos o solicita explícitamente- verbal o no verbalmente- que se detenga la sesión).

1 = "Principalmente presente".

2 = "Principalmente ausente".

Claridad del ítem 4.:

1 (Nada claro)

2 3

4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar **qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría** para que el 4. Rechazo/Comportamiento perturbado: le pareciese más adecuado?

Relevancia del ítem 4 Apertura/Reciprocidad postural:

1 (Nada relevante)

2 3

4 (Totalmente relevante)

5

5. Producción sonora musical: Uso de instrumentos musicales y/o la voz(en el sentido musical) por parte del paciente:

1 = "Principalmente presente".

2 = "Principalmente ausente".

Claridad del ítem 5 :

1 (Nada claro)

2 3

4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar **qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría** para que el 5. Producción sonora musical: le pareciese más adecuado?

Relevancia del ítem 5. Producción sonora musical:

1 (Nada relevante)

2 3

4 (Totalmente relevante)

6

6. Producción sonora musical sintónica: Producciones sonoras musicales del paciente y del musicoterapeuta en las que se percibe reciprocidad; las producciones son compatibles con respecto a uno o más de los siguientes parámetros: intensidad, pulsación rítmica, estructura armónica, progresión melódica, agógica.

1 = "Principalmente presente".

2 = "Principalmente ausente".

Claridad del ítem 6 :

1 (Nada claro)

2 3

4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar **qué aspecto le parece que no es claro y**

qué propuesta de mejora haría para que el ítem 6 **Producción sonora musical sintónica:** le pareciese más adecuado?

Relevancia del ítem 6 Apertura/Reciprocidad postural:

1 (Nada relevante)

2 3

4 (Totalmente relevante)

8

7. Dinamismo/Variaciones: La producción sintónica se caracteriza por variaciones estructurales y/o paramétricas (por ejemplo, rítmicas, melódicas, agógicas y/o dinámicas, etc) que indican implicación emocional; se perciben modificaciones frecuentes en la producción sonora musical.

1 = "Principalmente presente".

2 = "Principalmente ausente".

Claridad del ítem 7 :

1 (Nada claro)

2 3

4(Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar **qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría** para que el ítem 7. **Dinamismo/Variaciones:** le pareciese más adecuado?

Relevancia del ítem 7. Dinamismo/Variaciones:

1 (Nada relevante)

2 3

4(Totalmente relevante)

9

Adecuación y comprensión- prueba piloto:

Gracias por sus respuestas. Por último, y para finalizar el proceso de pilotaje, es imprescindible conocer su opinión sobre el test que acaba de realizar.

¿Le ha resultado difícil puntuar mediante la escala "Principalmente presente=+1", "Principalmente ausente-- / 0= los comportamientos planteados en el cuestionario de evaluación de sesiones de musicoterapia?

- Nada Poco
- Bastante Mucho

¿Se ha decantado generalmente por los **extremos**? Si es así, ¿por qué?

Y si lo ha hecho por las opciones **intermedias**, ¿por qué en ese caso?

Los temas tratados por el cuestionario (ignorando las preguntas de claridad y relevancia, que no estarán en el cuestionario final validado), ¿le parecen **aburridos**?

- 1 Nada 2 Poco
- 3 Bastante
- 4 Mucho

¿Qué le ha podido parecer **aburrido**?

Bloque 10

¡Ya has terminado tu cuestionario!

Te agradecemos sinceramente tu participación y tiempo dedicado en el día de hoy.

Gracias

El **tiempo** que ha tardado en rellenarlo (ignorando el tiempo invertido en las preguntas de claridad y relevancia, que no estarán en el cuestionario final validado), ¿le ha parecido **excesivo**?

- 1 Nada 2 Poco
- 3 Bastante
- 4 Mucho

¿Crees que hay algún **aspecto** fundamental de la sesión propia de musicoterapia que **no se ha tratado** en el cuestionario?

- 1 Ninguno
- 2 Alguno
- 3 Bastantes
- 4 Muchos

¿Cuáles?

Para mejorar la comprensión del cuestionario, díganos, por favor **¿Qué quitaría?**

¿Y qué añadiría?



¡Feliz día!

Fdo: Alessia.

Powered by Qualtrics

Escala SERATS (Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale)

<p>He leído el documento de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo. Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:</p> <p>1) cuando quiera 2) sin tener que dar explicaciones Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.</p> <p><input type="radio"/> Si acepto <input type="radio"/> No acepto</p> <p>Inicio del cuestionario del proyecto</p> <p>Indique su nombre y sus dos (2) apellidos: (Por favor, indique todo en MAYÚSCULAS y SIN TILDES. Ejemplo: MARIA GONZALEZ SANCHEZ. Estos datos solo serán utilizados para cruzar sus respuestas con otras que pueda emitir un supervisor o con las suyas propias si desea participar en un futuro. La información será anonimizada y totalmente confidencial).</p> <p><input type="text"/></p> <p>Edad (en número sin decimales)</p> <p><input type="text"/></p> <p>Sexo</p> <p><input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Otro</p> <p>Nacionalidad: (Por favor, indique únicamente el país en mayúscula y sin tildes. Por ejemplo: "ESPAÑA")</p>	<p>participar tiene la intención de analizar la viabilidad, comprensión y adecuación de la versión traducida y adaptada al castellano español del test "SERATS":</p> <p>- SERATS mide la autoevaluación de la regulación de la expresión y las emociones en la arteterapia a través de un cuestionario.</p> <p>Para ello, tras explicarle las instrucciones de cumplimiento se le pedirá que rellene el cuestionario y responda a una encuesta de opinión.</p> <p>El test consta de un total de 9 ítems. Se puntuó en una escala Likert de 5 puntos que va desde nunca cierto (1) hasta siempre cierto (5) y la encuesta breve podrá ir acompañada de una entrevista de corta duración si los investigadores lo considerarán de interés para el estudio.</p> <p>No existe riesgo para el participante ya que es una recogida de información que no implica ningún tratamiento o actividad no habitual para el sujeto. Se plantea incluir una muestra total de 15-20 participantes y de 100 para la segunda fase de validación, escogidos todos de forma no aleatoria, por conveniencia. Dicha cifra aproximada es la encontrada en otros procesos de validación para estos test a otros idiomas. El participante del estudio se responsabiliza en la colaboración en relación con los procedimientos del estudio.</p> <p>4. BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO: De los resultados que se deriven de este estudio, se procederá a validar el test si este resulta favorablemente traducido y adaptado al castellano.</p> <p>5. N.º DE URGENCIA PARA PROBLEMAS DEL ESTUDIO: En caso de que desee formular preguntas acerca del estudio o daños relacionados con el mismo, contactar con el investigador/a del estudio Alessia Gutiérrez Delgado (alessia.gutierrez@salud.madrid.org)</p> <p>6. CONFIDENCIALIDAD: El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales 3/2018 de 5 de diciembre. De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador/a del estudio. Los datos recogidos para el estudio serán anónimos. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona</p>
<p><input type="text"/></p> <p>Indique su formación universitaria/académica.</p> <p><input type="text"/></p> <p>¿Cuál es o ha sido su profesión?</p> <p><input type="text"/></p> <p>Hospital o centro donde se encuentra: (Por favor, indique el nombre completo y oficial del hospital o del centro, sin abreviaturas. Por ejemplo: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA)</p> <p><input type="text"/></p> <p>Actualmente, ¿en qué unidad del hospital/centro te encuentras?</p> <p><input type="text"/></p> <p>¿Puede indicar a continuación su rol en el hospital / centro?</p> <p><input type="radio"/> Paciente <input type="radio"/> Familiar o acompañante <input type="radio"/> Estudiante en el ámbito sanitario <input type="radio"/> Profesional en el ámbito sanitario</p> <p>Actualmente, ¿precisa tratamiento psiquiátrico por alguna alteración psicológica?</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Actualmente, ¿Sufre alguna alteración psicoemocional como por ejemplo: ansiedad, depresión o estrés? Puede indicar si fuera así, ¿Cuál?</p> <p><input type="text"/></p>	<p>Actualmente, ¿Se encuentra en seguimiento por el servicio de psicología / psicooncología?</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>¿Con quien convive?</p> <p><input type="text"/></p> <p>MT-SAS</p> <p>SERATS: Escala de autoexpresión y regulación de las emociones en terapias artísticas.</p> <p>El objetivo en el que nos encontramos en este momento del estudio es el de conocer si la traducción y adaptación del test ha sido correctamente realizada al castellano. Por ello, como profesional perteneciente al ámbito sanitario, además de evaluar la intervención propia de la musicoterapia, se le pedirá que evalúe la claridad y la relevancia de cada una de las preguntas que componen el cuestionario.</p> <p>La escala SERATS fue creado para evaluar sesiones individuales, grupales o ambas, de terapias expresivas (arteterapia, musicoterapia, danzaterapia, dramaterapia o terapia psicomotriz). Es una herramienta válida, útil y fácil de usar para monitorear el efecto de las terapias artísticas, contribuyendo a la mejora del funcionamiento emocional saludable. Sin embargo, no ha sido traducido nunca al castellano español.</p> <p>El resultado final de la escala a través de un cuestionario que consta de 9 ítems. Se puntuó en una escala Likert de 5 puntos que va desde nunca cierto (1) hasta siempre cierto (5)</p> <p>Lea detenidamente cada una de las afirmaciones y escoja la respuesta que mejor refleje el grado en que usted considera que cada afirmación se corresponde con la evaluación de la sesión de musicoterapia aplicada al paciente.</p>

ESCALA DE CALIFICACIÓN

El sistema de puntuación es el sumatorio de una escala Likert de 5 puntos. A más puntuación, más habilidades de autoexpresión y regulación emocional.

Después de cada pregunta, evalúe del 1 ("Nada") al 4 ("Totalmente") el nivel de claridad y relevancia que posee dicho ítem con el que se intenta medir la profesionalidad del residente. **Por favor, responda con la mayor sinceridad posible acerca del comportamiento del paciente, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas y que estas serán tratadas con total confidencialidad.**

¡Muchas gracias por su participación!

Comentarios

Forma de intervención

- Sesión individual
- Sesión grupal
- Ambas sesiones: individual y grupal

1. Entro en contacto con mis emociones a través de las formas de terapias expresivas:

- 1. Nunca
- 2. Rara vez
- 3. Alguna vez
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre

Evalúe del 1 ("Nada claro") al 4 ("Totalmente claro") la claridad del enunciado del ítem 1 Entro en contacto con mis emociones a través de las formas de terapias expresivas:

- 1 (Nada claro)
- 2 3
- 4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría para que el ítem 1 Entro en contacto con mis emociones a través de las formas de terapias expresivas le pareciese más adecuado?

Evalúe del 1 ("Nada relevante") al 4 ("Totalmente relevante") la relevancia del ítem 1 Entro en contacto con mis emociones a través de las formas de terapias expresivas para evaluar su autoexpresión y regulación emocional en la sesión de terapias artístico creativas:

- 1 (Nada relevante)
- 2 3
- 4 (Totalmente relevante)

2

2. Soy capaz de representar mis emociones gracias a las terapias expresivas:

- 1. Nunca
- 2. Rara vez
- 3. Alguna vez
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre

Evalúe del 1 ("Nada claro") al 4 ("Totalmente claro") la claridad del enunciado del ítem 2 Soy capaz de representar mis emociones gracias a las terapias expresivas:

- 1 (Nada claro)
- 2 3
- 4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría para que el ítem 2 Soy capaz de representar mis emociones gracias a las terapias expresivas le pareciese más adecuado?

Evalúe del 1 ("Nada relevante") al 4 ("Totalmente relevante") la relevancia del ítem 2 Soy capaz de representar mis emociones gracias a las terapias expresivas, para evaluar su autoexpresión y regulación emocional en la sesión de terapias artístico creativas:

- 1 (Nada relevante)
- 2 3
- 4 (Totalmente relevante)

3

3. Las terapias expresivas me permiten saber lo que me pasa:

- 1. Nunca
- 2. Rara vez
- 3. Alguna vez
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre

Evalúe del 1 ("Nada claro") al 4 ("Totalmente claro") la **claridad** del enunciado del ítem 3. Las terapias expresivas me permiten saber lo que me pasa:

- 1 (Nada claro)
- 2 3
- 4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar **qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría** para que el ítem 3. Las terapias expresivas me permiten saber lo que me pasa le pareciese más adecuado?

Evalúe del 1 ("Nada relevante") al 4 ("Totalmente relevante") la **relevancia** del ítem 3. Las terapias expresivas me permiten saber lo que me pasa para evaluar su autoexpresión y regulación emocional en la sesión de terapias artístico creativas:

- 1 (Nada relevante)
- 2 3
- 4 (Totalmente relevante)

4

4. Gracias a las terapias expresivas puedo sacar mis emociones:

- 1. Nunca
- 2. Rara vez
- 3. Alguna vez
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre

Evalúe del 1 ("Nada claro") al 4 ("Totalmente claro") la **claridad** del enunciado del ítem 4. Gracias a las terapias expresivas puedo sacar mis emociones:

- 1 (Nada claro)
- 2 3
- 4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar **qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría** para que el ítem 4. Gracias a las terapias expresivas puedo sacar mis emociones?

Evalúe del 1 ("Nada relevante") al 4 ("Totalmente relevante") la **relevancia** del ítem 4. Gracias a las terapias expresivas puedo sacar mis emociones:

- 1 (Nada relevante)
- 2 3
- 4 (Totalmente relevante)

5

5.A través de las terapias expresivas puedo darme un lugar a las cosas:

- 1. Nunca
- 2. Rara vez
- 3. Alguna vez
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre

Evalúe del 1 ("Nada claro") al 4 ("Totalmente claro") la **claridad** del enunciado del ítem 5.A través de las terapias expresivas puedo darme un lugar a las cosas:

- 1 (Nada claro)
- 2 3
- 4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar **qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría** para que el ítem 5.A través de las terapias expresivas puedo darme un lugar a las cosas?

Evalúe del 1 ("Nada relevante") al 4 ("Totalmente relevante") la relevancia del **ítem 5.A** través de las terapias expresivas pueden dárles un lugar a las cosas:

- 1 (Nada relevante)
- 2 3
- 4 (Totalmente relevante)

6

6. Para mí, las terapias expresivas son una vía de escape:

- 1. Nunca
- 2. Rara vez
- 3. Alguna vez
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre

Evalúe del 1 ("Nada claro") al 4 ("Totalmente claro") la claridad del enunciado del ítem **6** Para mí, las terapias expresivas son una vía de escape:

- 1 (Nada claro)
- 2 3
- 4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar **qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría** para que el **6** Para mí, las terapias expresivas son una vía de escape?

Evalúe del 1 ("Nada relevante") al 4 ("Totalmente relevante") la relevancia del **ítem 6**. Para mí, las terapias expresivas son una vía de escape:

- 1 (Nada relevante)
- 2 3
- 4 (Totalmente relevante)

7

7. Una experiencia en terapia expresiva o un trabajo me pueden ayudar a aferrarme a una emoción concreta:

- 1. Nunca
- 2. Rara vez
- 3. Alguna vez
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre

Evalúe del 1 ("Nada claro") al 4 ("Totalmente claro") la claridad del enunciado del ítem **7**

- 1 (Nada claro)
- 2 3
- 4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar **qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría** para que el **ítem 7**. Una experiencia en terapia expresiva o un trabajo me pueden ayudar a aferrarme a una emoción concreta?

Evalúe del 1 ("Nada relevante") al 4 ("Totalmente relevante") la relevancia del **ítem 7**.

- 1 (Nada relevante)
- 2 3
- 4 (Totalmente relevante)

8

8. El nuevo comportamiento que he experimentado en la terapia expresiva lo puedo intentar implementar fuera de la terapia:

- 1. Nunca
- 2. Rara vez
- 3. Alguna vez
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre

Evalúe del 1 ("Nada claro") al 4 ("Totalmente claro") la **claridad** del enunciado del ítem 8

1 (Nada claro)

2 3

4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar **qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría** para que el *ítem 8. El nuevo comportamiento que he experimentado en la terapia expresiva lo puedo intentar implemendar fuera de la terapia*

Evalúe del 1 ("Nada relevante") al 4 ("Totalmente relevante") la **relevancia** del *ítem 8.*

1 (Nada relevante)

2 3

4 (Totalmente relevante)

9

9. La terapia expresiva me ayuda a conocerme mejor.

1. Nunca

2. Rara vez

3. Alguna vez

4. A menudo

5. Casi siempre

Evalúe del 1 ("Nada claro") al 4 ("Totalmente claro") la **claridad** del enunciado del ítem 9

1 (Nada claro)

2 3

4 (Totalmente claro)

Si no es claro para usted, ¿Podría indicar **qué aspecto le parece que no es claro y qué propuesta de mejora haría** para que el *ítem 9: La terapia expresiva me ayuda a conocerme mejor*

Evalúe del 1 ("Nada relevante") al 4 ("Totalmente relevante") la **relevancia** del *ítem 9.*

1 (Nada relevante)

2 3

4 (Totalmente relevante)

9

Adecuación y comprensión- prueba piloto:
 Gracias por sus respuestas. Por último, y para finalizar el proceso de pilotaje, es imprescindible conocer su opinión sobre el test que acaba de realizar.
 ¿Le ha resultado difícil puntuar mediante la escala 1. Nunca, 2: Rara vez; 3:Alguna vez; 4: A menudo y 5: Casi siempre; los comportamientos planteados en el cuestionario de autoexpresión y regulación de las emociones en terapias artísticas?

Nada Poco

Bastante Mucho

¿Se ha decantado generalmente por los **extremos**? Si es así, ¿por qué?

Y si lo ha hecho por las opciones **intermedias**, ¿por qué en ese caso?

Los temas tratados por el cuestionario (ignorando las preguntas de claridad y relevancia, que no estarán en el cuestionario final validado), ¿le parecen **aburridos**?

1 Nada 2 Poco

3 Bastante

4 Mucho

¿Qué le ha podido parecer **aburrido**?

El **tiempo** que ha tardado en rellenarlo (ignorando el tiempo invertido en las preguntas de claridad y relevancia, que no estarán en el cuestionario final validado), ¿le ha parecido **excesivo**?

1 Nada 2 Poco

3 Bastante

4 Mucho

¿Crees que hay algún **aspecto** fundamental de la sesión propia de musicoterapia que **no se ha tratado** en el cuestionario?

- 1 Ninguno
- 2 Alguno
- 3 Bastantes
- 4 Muchos

¿Cuáles?

Para mejorar la comprensión del cuestionario, díganos, por favor **¿Qué quitaría?**

¿Y qué añadiría?

Bloque 10

¡Ya has terminado tu cuestionario!

Te agradecemos sinceramente tu participación y tiempo dedicado en el día de



hoy.

¡Feliz día!
Fdo: Alessia.

Powered by Qualtrics

12.4.2: Proceso de traducción OAL

Consensuado de la traducción

08 de abril 2024

Yolanda y Lonneke han mantenido una conversación telefónica en neerlandés para consensuar la traducción de este documento.

En dicha conversación han llegado a las siguientes conclusiones:

- Para empezar, han optado traducir el término “terapia expresiva” como “vaktherapie”. Esto después de realizar una búsqueda exhaustiva por internet. “Vaktherapie” es el término actualmente utilizado en los Países Bajos para describir el conjunto de terapias expresivas que son la arteterapia, danzaterapia, dramaterapia, musicoterapia o terapia psicomotriz (<https://www.vaktherapie.nl/vaktherapie>, <https://nl.wikipedia.org/wiki/Vaktherapie>).
- En la traducción al neerlandés de la definición de SERATS, Yolanda y Lonneke han acordado usar la traducción “kunstzinnige therapieën” para el término terapias artísticas. Es un término descriptivo, ampliamente utilizado que a la vez proporciona una visión clara de la faceta artística de las terapias expresivas.
- En el apartado de las situaciones, Yolanda y Lonneke han decidido utilizar el término sencillo de “therapie”. Esta decisión mejora la lectura y el buen entendimiento de las afirmaciones por parte de los pacientes.
- En este mismo apartado, Yolanda y Lonneke han optado en todas las afirmaciones el uso de la palabra “gevoel” en lugar de “emotie”. También para que la lectura de las afirmaciones resulte lo más accesible posible para los pacientes.
- En el resto de texto, las diferencias entre las versiones de Yolanda y Lonneke eran meras diferencias de estilo o gusto.

Traducción	Traductora
1. Del español al italiano	S. Pelusi
2. Del español al italiano	E. Andrés
3. Consensuada	Las dos anteriores
4. Del italiano al español	C. Donelli
5. Del italiano al español	E. Casasote
6. Consensuada	Las dos anteriores

Traducción	Traductora
1. Del español al holandés	I. de la Torre
2. Del español al holandés	M. Gea
3. Consensuada	Las dos anteriores
4. Del holandés al español	L. Coppoolse
5. Del holandés al español	Y. Otero
6. Consensuada	Las dos anteriores

12.4.3: Resumen proceso de traducción y adaptación cultural: SERATS y MT-SAS.

RESUMEN TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL DEL SERATS y MT-SAS																			
TEST	ORIGINAL →	TRADUCCIÓN →	COMITÉ DE EXPERTOS I →				DIMENSIONALIDAD →			RETROTRADUCCIÓN →	PRUEBA PILOTO-PRETEST →				COMITÉ DE EXPERTOS II				
	ITEMS: • EN ITALIANO (MT-SAS) • EN HOLANDÉS (SERATS)	ITEM TRADUCIDO POR LA OAL	MEDIA (SD) CLARIDAD	MEDIA (SD) RELEVANCIA	**MEDIA (SD) COHERENCIA [Correlación con matriz factorial]	ITEM MODIFICADO POR EL COMITÉ DE EXPERTOS (I) (MOTIVO)	DIMENSIÓN TEÓRICA ORIGINAL	DIMENSIÓN OBTENIDA ANÁLISIS FACTORIAL ORIGINAL	DIMENSIÓN TEÓRICA DISTINTA PROPUESTA POR EL COMITÉ DE EXPERTOS	ITEM RETROTRADUCIDO POR LA OAL	MEDIA (SD) CL.	MEDIA (SD) RELEV.	MEDIA (SD) RESPUEST. [N° de "No aplicable"]	1. COMENTARIOS 2. ADECUACIÓN	ITEM MODIFICADO POR EL COMITÉ DE EXPERTOS (II) (MOTIVO)	MEDIA (SD) CL.	ITEM DEFINITIVO		
MT-SAS	1. Contatto visivo: il paziente rivolge lo sguardo musicoterapeuta.	1. Contacto visual: el paciente dirige su mirada hacia el musicoterapeuta.	4,2 ± 0,75	4,2 ± 0,75	4,8 ± 0,40	Contatto visivo: el paciente dirige y mantiene su mirada hacia el musicoterapeuta.	Contacto visual	Contacto visual	Contacto visual	1. Contatto visivo: il paziente rivolge lo sguardo verso il musicoterapeuta.	4,55 ± 0,51	4,65 ± 0,61	0,89 ± 0,18	MT-SAS: (0-1) 1. "Se infiere que la persona entiende la diferencia: "el paciente dirige y mantiene el contacto visual".	Respuestas muy positivas, sin variación.	4,9 ± 0,45	1. Contacto visual: el paciente dirige y mantiene su mirada hacia el musicoterapeuta.		
	2. Apertura/reciprocità posturale: il paziente è orientato posturalmente (frontalità o reciprocità) rispetto al musicoterapeuta in modo congruo in rapporto alle dinamiche comunicativo-relazionali.	2. Apertura/reciprocidad postural: el paciente se orienta posturalmente (frontalidad y/o reciprocidad) respecto al musicoterapeuta de forma apropiada a la dinámica comunicativo-relacional.	4,8 ± 0,40	4,8 ± 0,40	4,6 ± 0,40					Reciprocidad corporal	2. Apertura/reciprocità posturale: la postura del paziente è frontale e/o reciproca e è correttamente orientata al musicoterapeuta secondo la dinamica comunicativa e relazionale.	4,4 ± 0,68	4,3 ± 0,73	0,89 ± 0,31		5,0 ± 0,0	2. Apertura/reciprocidad postural: el paciente se orienta posturalmente (frontalidad y/o reciprocidad) respecto al musicoterapeuta de forma apropiada a la dinámica comunicativo-relacional.		
	3. Espressioni del volto e del corpo che indicano coinvolgimento emotivo: mimica che sottolinea uno stato emotivo positivo (per es. sorriso) in presenza di produzione sonoro-musicale e sintonica e/o movimenti del corpo che sottolineano la produzione sonoro-musicale sinfonica (non vengono considerati i movimenti necessari per la produzione del suono).	3. Expresiones faciales y corporales que denotan implicación emocional: mimicas que subrayan un estado emocional positivo (por ejemplo, sonrisa) en presencia de producción sonora musical sinfónica y/o movimientos corporales que subrayan la producción sonora musical sinfónica (no se consideran los movimientos necesarios para la producción de sonido).	4,0 ± 0,63	4,4 ± 0,80	4,4 ± 0,80	Expresiones faciales y corporales que denotan implicación emocional: mimicas que subrayan un estado emocional positivo (por ejemplo, sonrisa) en presencia de producción sonora musical sinfónica y/o movimientos corporales (por ejemplo, danza libre, balanceo, inclinación) que subrayan la producción sonora musical sinfónica (no se consideran los movimientos necesarios para la producción de sonido).				Sintonización Emocional y la Relación Empática entre Paciente y Terapeuta. (simulizzazione emotiva e della relazione empatica tra paziente e terapeuta durante le sessioni attive di musicoterapia.)	Sintonización emocional y la relación empática entre paciente y terapeuta.	3. Espressioni facciali e corporali che denotano un coinvolgimento emotivo: la mimica facciale che mostra uno stato emotivo positivo (ad esempio, un sorriso) e/o i movimenti del corpo (esclusi quelli necessari alla produzione del suono) in presenza della produzione sonoro-musicale sinfonica.	4,3 ± 0,79	4,05 ± 0,37	0,75 ± 0,39	1. "Se infiere que la persona entiende a qué se refiere con "movimientos corporales, las inclinaciones se entienden que no son solo clínicas".	(creemos que si se explica a qué se refiere con movimientos corporales, las inclinaciones se entienden que no son solo clínicas).	5,0 ± 0,0	3. Expresiones faciales y corporales que denotan implicación emocional: mimicas que subrayan un estado emocional positivo (por ejemplo, sonrisa) en presencia de producción sonora musical sinfónica y/o movimientos corporales (por ejemplo, danza libre, balanceo, inclinación) que subrayan la producción sonora musical sinfónica (no se consideran los movimientos necesarios para la producción de sonido).
	4. Rifiuto/Comportamenti disadattivi: il paziente mostra difficoltà sul piano comunicativo-relazionale; possono essere presenti emozioni negative (ad esempio: inquietudine, ansia, noia, ecc...) espresse attraverso posture, gesti o espressioni (verbali e non). Il paziente può anche mostrare disagio o rifiuto nei confronti delle proposte del musicoterapeuta.	4. Rechazo/Comportamiento perturbado: el paciente muestra dificultades a nivel comunicativo-relacional; pueden estar presentes emociones negativas (por ejemplo: inquietud, ansiedad, aburrimiento, etc.) expresadas a través de posturas, gestos o expresiones (verbales o no). El paciente puede manifestar incluso malestar o rechazo hacia las propuestas del	4,0 ± 0,40	5,0 ± 0,0	5,0 ± 0,0					Rechazo	4. Rifiuto/Comportamenti disadattivi: il paziente mostra difficoltà a livello comunicativo-relazionale; possono essere presenti emozioni negative (quali inquietudine, ansia, noia, ecc.) espresse attraverso posture, gesti o espressioni (verbali e non). Il paziente può anche mostrare disagio o rifiuto verso le proposte del musicoterapeuta attraverso gesti (ad esempio, disapprovazione con la testa), azioni più o meno complesse	4,0 ± 0,32	5,0 ± 0,0	0,32 ± 0,25 (o=principalmente presente)		5,0 ± 0,0	4. Rechazo/Comportamiento perturbado: el paciente muestra dificultades a nivel comunicativo-relacional; pueden estar presentes emociones negativas (por ejemplo: inquietud, ansiedad, aburrimiento, etc.) expresadas a través de posturas, gestos o expresiones (verbales o de otro tipo). El paciente puede		

SERATS	1. Ik kom in contact met mijn gevoel via vaktherapeutische werkvormen	1. Entro en contacto con mis emociones a través de las formas de terapias expresivas	4.6±0.49	4.8±0.40	5.0±0.5		Autoexpresión y Regulación de las Emociones en Terapias Artísticas. (Zelfexpressie en Emotieregulatie in Kunsttherapieën)	Autoexpresión. (Self-expression)	1. Via de therapie kom ik in contact met mijn gevoel.	4.9±0.18	4.8±0.34	4.9±0.12		5.0±0.0	1. Entro en contacto con mis emociones a través de las formas de terapias expresivas	
	2. In vaktherapie kan ik mijn gevoelens verhelderen	2. Soy capaz de representar mis emociones gracias a las expresivas	4.8±0.40	5.0±0.0	5.0±0.0				2. Dankzij de therapie kan ik mijn gevoelens verhelderen.	4.5±0.56	4.8±0.48	4.8±0.32		5.0±0.0	2. Soy capaz de representar mis emociones gracias a las terapias expresivas	
	3. Door vaktherapeutische werkvormen kom ik erachter wat er bij mij speelt	3. Las terapias expresivas me permiten saber lo que me pasa.	5.0±0.0	4.6±0.49	5.0±0.0				3. Door de therapie ontdek ik wat er bij mij speelt.	4.46±0.56	4.73±0.39	4.8±0.32		4.8±0.45	3. Las terapias expresivas me permiten saber lo que me pasa.	
	4. Via vaktherapeutische werkvormen kan ik gevoelens uiten	4. Gracias a las terapias expresivas puedo sacar mis emociones	4.2±0.75	5.0±0.0	4.0±0.89	Gracias a las terapias expresivas puedo mostrar mis emociones			4. Dankzij de therapie kan ik mijn gevoelens uiten.	4.8±0.23	4.73±0.39	4.88±0.20	1. Se infiere que el término "mostrar mis emociones" (implícando que la persona se da permiso para hacerlo) es más comprensible.	(Respuestas positivas, acuerdo con el término mostrar)	5.0±0.0	4. Gracias a las terapias expresivas puedo mostrar mis emociones
	5. In de vaktherapie kan ik zaken een plek geven	5. A través de las terapias expresivas puedo darme un lugar a las cosas	4.4±1.2	4.4±0.49	3.8±0.75	A través de las terapias expresivas comprendo mejor las cosas			5. Door middel van de therapie kan ik dingen een plek geven.	4.6±0.48	4.66±0.53	4.86±0.23	Se infiere que el término "comprendo mejor" es más coherente que "darme lugar a las cosas".	(Evitamos términos confusos, "comprendo mejor" es entendible por toda la población)	4.6±0.35	5. A través de las terapias expresivas comprendo mejor las cosas
	6. Vaktherapeutische werkvormen zijn voor mij een soort uitlaatklep	6. Para mí, las terapias expresivas son una vía de escape	3.6±1.2	4.8±0.40	4.2±0.75	Para mí, las terapias expresivas son una vía de contacto conmigo mismo.			6. De therapie is voor mij een uitlaatklep.	4.8±0.34	4.93±0.12	5.0±0	1. Se infiere que "vía de contacto conmigo mismo, aporta mayor comprensión al ítem"		5.0±0.0	6. Para mí, las terapias expresivas son una vía de contacto conmigo mismo.
	7. Een vaktherapeutische ervaring of werkstuk kan me helpen om een bepaald gevoel vast te houden	7. Una experiencia en terapia expresiva o un trabajo me pueden ayudar a aferrarme a una emoción concreta: emoción concreta.	3.6±1.2	4.6±0.80	4.0±0.89	Una experiencia en terapia expresiva o un trabajo del proceso terapéutico me pueden ayudar a reforzar, reconocer, consolidar o afrontar una emoción concreta.			7. Een ervaring of werkstuk dat ik tijdens de therapie heb gemaakt, kan mij helpen om een bepaald gevoel vast te houden.	4.73±0.39	4.93±0.12	5±0	Un trabajo del proceso terapéutico aporta una mayor comprensión y refuerza el significado de la pregunta. Cambiar el término "aferrarme" por: Reforzar, reconocer, consolidar o afrontar una emoción concreta" aporta mayor comprensión.	Respuestas muy positivas en la modificación de los términos.	5.0±0.0	7. Una experiencia en terapia expresiva o un trabajo del proceso terapéutico me pueden ayudar a reforzar, reconocer, consolidar o afrontar una emoción concreta.
	8. Het nieuwe gedrag, waarmee ik in de vaktherapie heb geëxperimenteerd, kan ik buiten de therapie proberen in te zetten	8. El nuevo comportamiento que he experimentado en la terapia expresiva lo puedo intentar implementar fuera de la terapia: implementar fuera de la terapia	4.4±0.80	4.8±0.40	4.6±0.49	El nuevo comportamiento que he experimentado en la terapia expresiva lo puedo expresar, realizar, manifestar fuera de la terapia.			8. Het nieuwe gedrag waarmee ik in de therapie geëxperimenteerd heb, kan ik buiten de therapie proberen in te zetten.	4.8±0.32	4.66±0.44	4.4±0.72	Se infiere que para este ítem: "Expresar, realizar, manifestar" se comprende mejor que "implementar."		5.0±0.0	8. El nuevo comportamiento que he experimentado en la terapia expresiva lo puedo expresar, realizar, manifestar

12.4.4. Escala SERATS consensuada tras 1 fase del estudio: traducción y adaptación.

SERATS

Self-expression and Emotion Regulation in Arts Therapies Scale

[escala de autoexpresión y regulación de las emociones en terapias artísticas]

© Haeyen 2022

Questionario sobre terapias expresivas (arteterapia, danzaterapia, dramaterapia, musicoterapia o terapia psicomotriz)

Nombre: (sus datos se procesarán de forma anónima)
Edad: Género: M / F / x
Fecha:
Entorno del tratamiento: Clínica / Programa a tiempo parcial de varios días / Policlínica*
Forma del tratamiento: Grupo / individual / ambos*
Tipo de terapia expresiva que sigue (más de una respuesta posible): Arteterapia, danzaterapia, dramaterapia, musicoterapia o terapia psicomotriz*

*Tachar lo que no corresponda

INSTRUCCIONES: puede estar de acuerdo en las siguientes afirmaciones en mayor o menor medida. Lea atentamente las afirmaciones y conteste marcando la casilla que se adapte a su situación. Le rogamos que no deje ninguna casilla en blanco.

	Situación	1. Nunca	2. Rara vez	3. Alguna vez	4. A menudo	5. (Casi) siempre
1	Entro en contacto con mis emociones a través de las formas de terapias expresivas					
2	Soy capaz de representar mis emociones gracias a las terapias expresivas					
3	Las terapias expresivas me permiten saber lo que me pasa					
4	Gracias a las terapias expresivas puedo mostrar mis emociones					
5	A través de las terapias expresivas comprendo mejor las cosas					
6	Para mí, las terapias expresivas son una vía de contacto conmigo mismo					
7	Una experiencia en terapia expresiva o un trabajo del proceso terapéutico me pueden ayudar a reforzar, reconocer, consolidar o afrontar una emoción concreta					
8	El nuevo comportamiento que he experimentado en la terapia expresiva lo puedo expresar, realizar, manifestar fuera de la terapia					
9	La terapia expresiva me ayuda a conocerme mejor					

12.4.5: Escala MT-SAS consensuada tras 1 fase del estudio: traducción y adaptación.

Escala de evaluación de sesiones de musicoterapia (MT-SAS)		
Raglio et al., 2017		
NOMBRE PACIENTE: _____	N.º SESIÓN: _____ OBSERVADOR: _____	
	PRINCIPALMENTE PRESENTE	PRINCIPALMENTE AUSENTE
1. Contacto visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Apertura/Reciprocidad postural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Expresiones faciales y corporales que denotan implicación emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rechazo/Comportamiento perturbado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Producción sonora musical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Producción sonora musical sintónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dinamismo/Variaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTUACIÓN TOTAL	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>
	(Rango 0-6)	(+/-)

NOTA

LEYENDA

- Contacto visual:** el paciente dirige y mantiene su mirada hacia el musicoterapeuta.
- Apertura/reciprocidad postural:** el paciente se orienta posturalmente (frontalidad y/o reciprocidad) respecto al musicoterapeuta de forma apropiada a la dinámica comunicativo-relacional.
- Expresiones faciales y corporales que denotan implicación emocional:** mímicas que subrayan un estado emocional positivo (por ejemplo, sonrisas) en presencia de producción sonora musical sintónica y/o movimientos corporales (por ejemplo danza libre, balanceo, inclinación) que subrayan la producción sonora musical sintónica (no se consideran los movimientos necesarios para la producción de sonido).
- Rechazo/Comportamiento perturbado:** el paciente muestra dificultades a nivel comunicativo-relacional; pueden estar presentes emociones negativas (por ejemplo: inquietud, ansiedad, aburrimiento, etc.) expresadas a través de posturas, gestos o expresiones (verbales o de otro tipo). El paciente puede manifestar incluso malestar o rechazo hacia las propuestas del musicoterapeuta a través de gestos (por ejemplo, desaprueba con la cabeza), acciones más o menos complejas (por ejemplo, empuja o arroja objetos o solicita explícitamente -verbal o no verbalmente- que se detenga la sesión).
- Producción sonora musical:** uso de instrumentos musicales intencionadamente y/o la voz (en el sentido musical) por parte del paciente.
- Producción sonora musical sintónica:** producciones sonoras musicales del paciente y del musicoterapeuta en las que se percibe reciprocidad; las producciones son compatibles con respecto a uno o más de los siguientes parámetros: intensidad, pulsación rítmica, estructura armónica, progresión melódica, agógica: variaciones en el tempo y la dinámica de una pieza musical.
- Dinamismo/variaciones:** la producción sintónica se caracteriza por variaciones estructurales y/o paramétricas (por ejemplo, rítmicas, melódicas, agógicas y/o dinámicas, etc.) que indican implicación emocional; se perciben modificaciones frecuentes en la producción sonora musical.

Instrucciones para rellenar la evaluación

- Cada comportamiento indicado en la escala de calificación deberá anotarse como "Principalmente ausente" o "Principalmente presente"
- Algunos comportamientos se observan según la frecuencia (Contacto visual; Expresiones faciales y corporales que denotan implicación emocional; Rechazo/Comportamiento perturbado; Dinamismo/variaciones) es decir que están "Principalmente presentes" si frecuentes, o "Principalmente ausentes" si poco frecuentes; otros comportamientos (Apertura/reciprocidad postural; Producción sonora musical; Producción sintónica) están anotados como "Principalmente presentes" o "Principalmente ausentes" en relación con su duración total.
- En caso de equilibrio sustancial en presencia de un comportamiento, se valora el dato positivo ("principalmente presente" en caso de comportamientos positivos y "principalmente ausente" en caso de comportamientos negativos); por ejemplo, si la "Producción sonora musical" está presente durante aproximadamente la mitad de la duración de la sesión, ésta se anota como "principalmente presente", mientras que el ítem "Rechazo/Comportamiento perturbado" se anotará como "principalmente ausente".
- Para codificar el ítem "Contacto visual", hay que considerar las partes visibles del video.
- La prevalencia o no de la "Producción sonora musical" deberá considerarse en relación con toda la sesión.
- La prevalencia o no de la "Producción sonora musical sintónica" deberá considerarse en relación con la "Producción sonora musical".



ÍTEM	CÁLCULO DE PUNTUACIÓN
1. Contacto visual	Principalmente Presente = + (más); Principalmente Ausente = - (menos)
2. Apertura/Reciprocidad postural	Principalmente Presente = 1; Principalmente Ausente = 0
3. Expresiones faciales y corporales que denotan implicación emocional	Principalmente Presente = 1; Principalmente Ausente = 0
4. Rechazo/Comportamiento perturbado	Principalmente Presente = 0; Principalmente Ausente = 1
5. Producción sonora musical	Principalmente Presente = 1; Principalmente Ausente = 0
6. Producción sonora musical sintónica	Principalmente Presente = 1; Principalmente Ausente = 0
7. Dinamismo/Variaciones	Principalmente Presente = 1; Principalmente Ausente = 0

12.5 Proyecto de Arteterapia y Musicoterapia (Apartado 7).

Acceso al vídeo de la presentación del proyecto, disponible en el siguiente enlace:

[<https://youtu.be/r7kntrnsc3o>]

12.5.1 Dictamen de aprobación del estudio por el Ceim del Hospital y compromisos.

	
Nº CEIm: 22/245	
DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN	
Dña. SARAHÍ VALDEZ ACOSTA , Vicepresidenta del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE .	
CERTIFICA	
Que este Comité en la reunión celebrada el día 31/05/2022 ha evaluado la propuesta del investigador para que se realice el proyecto de investigación, titulado: <i>“ESTUDIO CUASI EXPERIMENTAL, PROSPECTIVO, LONGITUDINAL Y NO ALEATORIZADO DE LA CORRELACIÓN ENTRE LA INTERVENCIÓN DE MUSICOTERAPIA Y DE ARTETERAPIA Y SU POSIBLE EFICACIA EN LA REDUCCIÓN DE ASPECTOS EMOCIONALES COMO LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y EL DISTRÉS EN PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA MÉDICA TRAS UNA COMPLICACIÓN PROPIA DE LA ENFERMEDAD EN COMPARACIÓN CON UN GRUPO DE PACIENTES CONTROL”</i>	
TIPO DOCUMENTO	VERSIÓN
Protocolo	v.1 - 13 abril 2022
Hoja Información de Paciente	v.1 - 13 abril 2022
Entendiendo que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este Centro, cumpliendo los requisitos metodológicos necesarios y las normas de funcionamiento interno del Comité. Se han ponderado los aspectos metodológicos éticos y legales y se recogerá la decisión adoptada en el acta correspondiente.	
Este Comité INFORMA FAVORABLEMENTE a la realización de dicho proyecto.	
El estudio será realizado en el Hospital Universitario 12 de Octubre por ALESSIA GUTIERREZ DELGADO como Investigadora principal.	
Lo que firmo en Madrid, a 31 de mayo de 2022	
Firmado.: Dra. SARAHÍ VALDEZ ACOSTA Vicepresidenta del CEIm Hospital Universitario 12 de Octubre	
<hr/> <small>Comité de Ética de Investigación, Hospital 12 de Octubre • Av. de Córdoba s/n 28041 Madrid Centro Actividades Ambulatoria, Bloque D, Planta 6ª • e-mail: ceic@h12o.es</small>	

12.5.2 Compromisos investigadores.

CONFORMIDAD JEFE DE SECCIÓN

Dr. **Carlos Jesús Gómez Martín**, Jefe de Sección del Servicio de Hospitalización de Oncología Médica

Declaro:

- Que en relación al estudio, ***“Estudio cuasi experimental, prospectivo, longitudinal y no aleatorizado de la correlación entre la intervención de musicoterapia y de arteterapia y su posible eficacia en la reducción de aspectos emocionales como la ansiedad, depresión y el distrés en pacientes adultos oncológicos que ingresan en la planta de hospitalización de oncología médica tras una complicación propia de la enfermedad en comparación con un grupo de pacientes control”***

Y cuyo investigador principal será el Dr. **Alessia Gutiérrez Delgado** del Servicio de Hospitalización de Oncología Médica.

SE HACE CONSTAR:

- Que cuenta con los recursos humanos necesarios para llevar a cabo el Proyecto de Investigación ***“Estudio cuasi experimental, prospectivo, longitudinal y no aleatorizado de la correlación entre la intervención de musicoterapia y de arteterapia y su posible eficacia en la reducción de aspectos emocionales como la ansiedad, depresión y el distrés en pacientes adultos oncológicos que ingresan en la planta de hospitalización de oncología médica tras una complicación propia de la enfermedad en comparación con un grupo de pacientes control”*** sin que ello interfiera en la realización de otro tipo de estudios ni en otras tareas que tiene habitualmente encomendadas.
- En prueba de conformidad, firmo el presente documento para su constancia y archivo,

En Madrid a 13 de Abril de 20 22

Firmado: Dr.

GOMEZ MARTIN
CARLOS JESUS -
51919722M

Digitally signed by GOMEZ
MARTIN CARLOS JESUS -
51919722M
Date: 2022.04.11 09:07:29 +02'

CONFORMIDAD JEFE DE SERVICIO

Dr. **Luis Paz-Ares Rodríguez**, Jefe de Servicio de Oncología Médica.

Declaro:

- Que en relación al estudio, ***“Estudio cuasi experimental, prospectivo, longitudinal y no aleatorizado de la correlación entre la intervención de musicoterapia y de arteterapia y su posible eficacia en la reducción de aspectos emocionales como la ansiedad, depresión y el estrés en pacientes adultos oncológicos que ingresan en la planta de hospitalización de oncología médica tras una complicación propia de la enfermedad en comparación con un grupo de pacientes control”***

Y cuyo investigador principal será el Dr. **Alessia Gutiérrez Delgado** del Servicio de Hospitalización de Oncología Médica.

SE HACE CONSTAR:

- Que cuenta con los recursos humanos necesarios para llevar a cabo el Proyecto de Investigación ***“Estudio cuasi experimental, prospectivo, longitudinal y no aleatorizado de la correlación entre la intervención de musicoterapia y de arteterapia y su posible eficacia en la reducción de aspectos emocionales como la ansiedad, depresión y el estrés en pacientes adultos oncológicos que ingresan en la planta de hospitalización de oncología médica tras una complicación propia de la enfermedad en comparación con un grupo de pacientes control”*** sin que ello interfiera en la realización de otro tipo de estudios ni en otras tareas que tiene habitualmente encomendadas.
- En prueba de conformidad, firmo el presente documento para su constancia y archivo,

En Madrid a 13 de Abril de 20 22



Firmado: Dr.
Jefe de Servicio

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

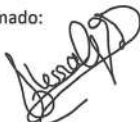
Dña Alessia Gutiérrez Delgado

Hace constar:

- Que conoce y acepta participar como investigador principal en el estudio titulado *“Estudo cuasi experimental, prospectivo, longitudinal y no aleatorizado de la correlacion entre la intervencion de musicoterapia y de arteterapia y su posible eficacia en la reduccion de aspectos emocionales como la ansiedad, depresion y el distrés en pacientes adultos oncológicos que ingresan en la planta de hospitalización de oncología médica tras una complicación propia de la enfermedad en comparación con un grupo de pacientes control”*
- Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica.
- Que respetará las normas éticas aplicadas a este tipo de estudios.
- Que dicho proyecto de investigación se llevará a cabo con la colaboración de **(Carlos Jesús Gómez Martín y Verónica González Gutiérrez)** como investigadores colaboradores.

En Madrid a 13 Abril 2022

Firmado:



Investigador Principal
Alessia Gutiérrez Delgado

Firmado:

GOMEZ MARTIN
CARLOS JESUS -
51919722M

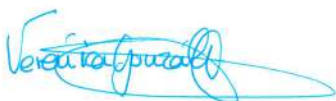


Digitally signed by GOMEZ MARTIN CARLOS JESUS -
51919722M
Date: 2022.04.11 09:07:35 +02'CE

Investigador Colaborador.
Carlos Jesús Gómez Martín

Firmado:

Investigador Colaborador
Verónica González Gutiérrez



12.5.3 Consentimiento informado del estudio.



Hoja de información al participante: Grupo experimental

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DNI del paciente: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del profesional sanitario que le informa: _____

Nº Colegiado: _____

SERVICIO DE ONCOLOGÍA.
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Estudio :

'CUASI EXPERIMENTAL, PROSPECTIVO, LONGITUDINAL Y NO ALEATORIZADO DE LA CORRELACION ENTRE LA INTERVENCIÓN DE MUSICOTERAPIA Y DE ARTETERAPIA Y SU POSIBLE EFICACIA EN LA REDUCCIÓN DE ASPECTOS EMOCIONALES COMO LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y EL DISTRÉS EN PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA MÉDICA TRAS UNA COMPLICACIÓN PROPIA DE LA ENFERMEDAD EN COMPARACIÓN CON UN GRUPO DE PACIENTES CONTROL'

Investigador Principal: Alessia Gutiérrez Delgado

Objetivos del estudio

Las terapias artísticas creativas, parecen ser una ayuda en la mejora del malestar psicológico a corto plazo durante las fases del tratamiento del cáncer. Este proyecto, pretende evaluar la eficacia de las intervenciones de arteterapia y musicoterapia en la reducción de aspectos emocionales como la ansiedad, depresión y el distrés en pacientes adultos oncológicos que ingresan tras una complicación propia de la enfermedad durante los primeros días de su ingreso hospitalario. Dada la particularidad de los pacientes que comportan la población elegida para este proyecto, para una mayor interdisciplinariedad, se optará por combinar en cada intervención la práctica de las dos disciplinas de musicoterapia y arteterapia. El proyecto consta de intervenciones que se realizarán en días diferentes durante el ingreso hospitalario del paciente. En todo momento nos adaptamos a la práctica clínica de la unidad. Las intervenciones se realizarán junto al paciente, siendo dirigidas por una terapeuta especializada en estas terapias artísticas creativas, revertiendo en una mejora de la calidad de la intervención y complementando el tratamiento clínico habitual.

Con ello, se pretende demostrar que la musicoterapia y la arteterapia podrían ser una herramienta de apoyo en el tratamiento clínico habitual de diferentes complicaciones derivadas de la patología oncológica, basados en la idea de que el proceso creativo permite que las personas canalicen sus emociones, lo que podría ayudar a sobrellevar o adaptarse a la condición de salud, evitando por otro lado un empeoramiento de los aspectos emocionales del paciente con cáncer.

La participación en el estudio implica:

Realización de entrevista inicial de recogida de datos epidemiológicos, sociodemográficos, socio-patológicos, clínicos.

Participar en intervenciones de musicoterapia y de arteterapia dirigidas por un terapeuta especializado.

Realización de tests y cuestionarios sobre ansiedad, depresión y distrés.

Seguimiento de forma presencial durante los primeros desde el ingreso en la planta de hospitalización.

Todos los participantes podrán abandonar el estudio en cualquier momento, si ese es su deseo. Para ello sólo tienen que manifestar su deseo a la persona que les atiende. La renuncia a la participación en el estudio no determinará ningún perjuicio para su asistencia sanitaria que continuará de igual forma. (Para cualquier duda pueden dirigirse al investigador principal (Alessia Gutiérrez Delgado).

Página 1 | 2

Versión 2 Fecha 01/05/2024

Riesgos del estudio:

Los cuestionarios y las tareas realizadas no comportan riesgo alguno para la salud física o psicológica de los participantes.

Confidencialidad de los resultados:

El registro de los pacientes, con datos que consisten en el nombre y apellidos de los sujetos se mantienen independientes de los datos científicos seudónimos, en un archivo custodiado por el equipo de investigación que se encontrará cifrado mediante contraseña. Así como también lo estarán las grabaciones de audio o audiovisuales y las imágenes o fotografías de las producciones creativas obtenidas en el marco del Proyecto en las que intervengan personalmente los usuarios.

Por tanto, toda la información proporcionada por los participantes en el estudio será tratada como parte de una investigación científica y de forma estrictamente confidencial. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales así como en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

Firma por parte del paciente.

Para cualquier duda pueden dirigirse al investigador principal (Alessia Gutiérrez Delgado).

DECLARACIÓN:

D./Dña. _____ (paciente) manifiesto que:

He sido informado de los posibles perjuicios que determinará mi participación o la participación de mi familiar en el estudio. He tenido toda la información, he tenido oportunidad de preguntar mis dudas y he obtenido respuestas satisfactorias a las mismas. He sido también informado de que mis datos personales y digitales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales así como en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

Habiendo sido informado por escrito sobre el propósito y las condiciones del estudio, doy mi consentimiento para participar en él, y que la extracción tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Este consentimiento puede retirarse en cualquier momento.

Madrid, a ___ de _____ de 202_

Firma del paciente

Firma del profesional sanitario

Firma del terapeuta en terapias artístico creativas

12.5.4 Escala Termómetro Distrés y Detección de Malestar Emocional (TD, DME).

DETECCIÓN DE MALESTAR EMOCIONAL (DME) - Grupo SECPAL

1ª. ¿Cómo se encuentra de ánimo, bien, regular, mal, o usted qué diría?
 ⇒ Entre 0 "muy mal" y 10 "muy bien", ¿qué valor le daría?:

●-----●
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Muy mal Muy bien

2ª. ¿Hay algo que le preocupe? Sí No
 ⇒ En caso afirmativo, le preguntamos:
En este momento, ¿qué es lo que más le preocupa?
Tipo de preocupación (señala y describe)

Económicos
 Familiares
 Emocionales
 Espirituales
 Somáticos
 Otros:

3ª. ¿Cómo lleva esta situación?
 Entre 0 "no le cuesta nada" y 10 "le cuesta mucho", ¿qué valor le daría?:

●-----●
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No le cuesta nada Le cuesta mucho

4ª. ¿Se observan signos externos de malestar? Sí No
 ⇒ En caso afirmativo, señala cuáles:

Expresión facial.
(tristeza, miedo, euforia, enfado...).

Aislamiento.
(mutismo, demanda de persianas bajadas, rechazo de visitas, ausencia de distracciones, incomunicación...).

Demanda constante de compañía / atención.
(quejas constantes...).

Alteraciones del comportamiento nocturno.
(insomnio, pesadillas, demandas de rescate no justificadas, quejas...).

Otros:

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

CRITERIOS DE CORRECCIÓN - DME:
 $(10 - \text{ítem 1}) + \text{ítem 3} \Rightarrow [10 - (\quad)] + (\quad) =$

12.5.6 Escala de Impresión Clínica Global (CGI).

10.1. Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

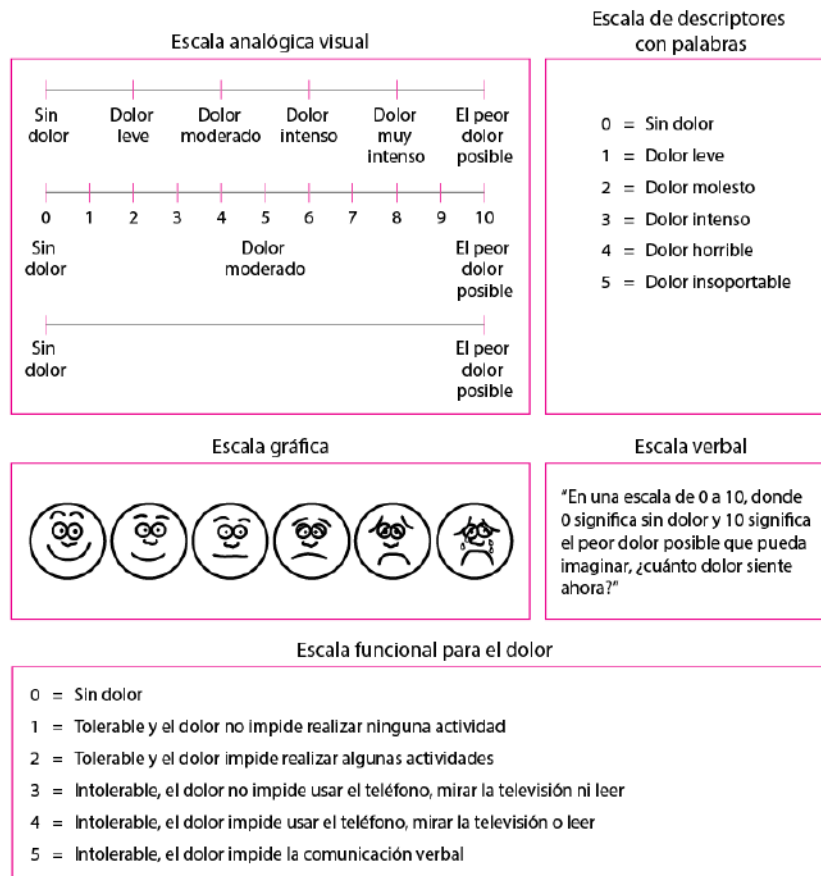
0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Mejoría global (CGI-GI)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor

13.5.7 Escala Dolor según la Escala Visual Analógica (EVA).



12.5.8 Escala Nivel de Actividad según el Índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria (BABVD).

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

12.5.9 Escala Percepción de la salud del paciente según la escala de Salud del Paciente(PHQ9).

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODED: 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

12.5.6 Escala Ansiedad y Depresión según la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Los médicos son conscientes de que las emociones juegan un papel importante en la mayoría de las enfermedades. Si su médico conoce estos sentimientos podrá ayudarle más.

Este cuestionario está diseñado para ayudar a su médico a saber cómo se siente usted. Lea cada una de las secciones que aparecen a continuación y **subraye la respuesta** que mejor describa su estado de ánimo durante los últimos 7 días. No tenga en cuenta los números impresos al margen del cuestionario.

No tarde demasiado en responder, probablemente su reacción espontánea ante cada pregunta será más precisa que una respuesta meditada durante mucho tiempo.

<p>1. Me siento tenso o nervioso.</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los días</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas veces</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>8. Me siento como si cada día estuviera más lento.</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p>2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.</p> <p><input type="checkbox"/> Como siempre</p> <p><input type="checkbox"/> No lo bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p>	<p>9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.</p> <p><input type="checkbox"/> El Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones</p> <p><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo</p>
<p>3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.</p> <p><input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p>	<p>10. He perdido interés en mi aspecto personal.</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debiera</p> <p><input type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado</p> <p><input type="checkbox"/> Me preocupo al igual que siempre</p>
<p>4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.</p> <p><input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice</p> <p><input type="checkbox"/> No tanto ahora</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante</p> <p><input type="checkbox"/> No mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p>
<p>5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.</p> <p><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces</p> <p><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones</p>	<p>12. Me siento optimista respecto al futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p>
<p>6. Me siento alegre.</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.</p> <p><input type="checkbox"/> Muy frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p>
<p>7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.</p> <p><input type="checkbox"/> A menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p>

12.5.7 Documento para recogida de datos a través de Redcap



DATOS Y ESCALAS: ESTUDIO DE MUSICOTERAPIA Y DE ARTETERAPIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

'CUASI EXPERIMENTAL, PROSPECTIVO, LONGITUDINAL Y NO ALEATORIZADO DE LA CORRELACION ENTRE LA INTERVENCIÓN DE MUSICOTERAPIA Y DE ARTETERAPIA Y SU POSIBLE EFICACIA EN LA REDUCCIÓN DE ASPECTOS EMOCIONALES COMO LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y EL DISTRÉS EN PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGIA MÉDICA TRAS UNA COMPLICACIÓN PROPIA DE LA ENFERMEDAD EN COMPARACIÓN CON UN GRUPO DE PACIENTES CONTROL'.

Investigador Principal: Alessia Gutiérrez Delgado.

DATOS PERSONALES

Record ID

GRUPO DE PACIENTES

- Grupo Control (GC)
 Grupo Experimental (GE)

Fecha de Nacimiento

Sexo

- Hombre
 Mujer

¿Cuántos años ha estado escolarizado?

¿Qué formación ha recibido?

- Ninguna
 Primarios
 ESO
 Bachiller
 Grado/Licenciado
 Postgrado/Grado Superior

¿Cuál es o ha sido su Profesión?

Estado Civil

- Soltero
 Casado/En pareja
 Separado/Divorciado
 Viudo
 Otros

¿Tiene hijos?

- Si
 No

Número de hijos

- 1
 2
 3
 4
 >5

Medio en el que vive el paciente

- Urbano
 Rural

Convivencia del paciente

- Solo
 En pareja
 Pareja e hijos
 Pareja/hijos/padre o madre
 Con hijos
 Con amigos

Hábitos tóxicos actuales del paciente

- Alcohol
 Tabaco
 Cannabis
 Otros

Antecedentes psicológicos del paciente

- No
 Sí depresión
 Sí ansiedad
 Sí estrés
 Sí otros

Antecedentes de cáncer en familiares del paciente

- Sí
 No

Tiempo desde el diagnóstico del paciente

- 1-2 años
 3-5 años
 5-10 años
 >10 años

Otros tratamientos recibidos

- Fisioterapia
 Psicooncología
 Otros

¿Ha recibido el paciente terapias complementarias previamente?

- Sí
 No

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA)

¿Cuánto dolor tiene en este momento siento 0: nada de dolor y 10: Dolor máximo

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

ESCALA TERMOMETRO DISTRÉS (DE)

¿En este momento, cuál es su nivel de distrés emocional? (Siendo este aquel que "produce una progresiva pérdida de energía, agotamiento emocional y desmotivación general")

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

DETECCIÓN DE MALESTAR EMOCIONAL (DME)

¿Cómo se encuentra de estado de ánimo?

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

¿Hay algo que le preocupe?

- Sí No



Hospital Universitario
12 de Octubre



¿Qué aspectos?

- Sí, económicos Sí, familiares Sí, emocionales Sí, espirituales Sí, somáticos
 Sí, otros

¿Cómo lleva su enfermedad, cuanto le cuesta? Siendo 0=nada y 10=mucho

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

¿Se observan signos externos de malestar?

- Sí No

¿Cuales?

- Sí, expresión facial Sí, aislamiento Sí, demanda constante de compañía /atención
 Sí, alteraciones del comportamiento Si, otros

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS)

Me siento tenso o nervioso

- La mayor parte del tiempo
 Muchas veces
 De vez en cuando, ocasionalmente
 Nunca

Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

- Totalmente, como siempre
 No tanto
 Solo un poco
 Casi nada

Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

- Totalmente y es muy fuerte
 Si, pero no es muy fuerte
 Un poco, pero no me preocupa
 Nunca

Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- Igual que siempre
 Un poco menos ahora
 Bastante menos ahora
 En absoluto

Tengo mi mente llena de preocupaciones

- Gran parte del tiempo
 Con bastante frecuencia
 No muy a menudo
 Muy poco

Me siento alegre

- Nunca
 No muy a menudo
 A veces
 Casi siempre

Puedo estar tranquilo/a y relajado/a

- Siempre
 A menudo
 No muy a menudo
 Nunca



Hospital Universitario
12 de Octubre



Me siento como si cada día estuviera más lento.

- Casi siempre
- Muy a menudo,
- A veces
- Nunca

Tengo una especie de sensación de miedo, como si tuviera un nudo en el estómago

- Nunca
- En ciertas ocasiones
- Con bastante frecuencia
- Muy a menudo

He perdido interés en mi aspecto personal

- Totalmente
- No me preocupo tanto como debiera
- Quizá no me interese tanto como antes
- Me interesa, al igual que siempre

Me siento optimista respecto a las cosas que están por venir

- Igual que siempre
- Un poco menos que antes
- Bastante menos que antes
- casi nada

Me siento inquieto/a, como si necesitara estar ocupado/a

- Mucho
- Bastante,
- No mucho
- Nada

Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

- Muy a menudo
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Nunca

Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez



Hospital Universitario
12 de Octubre



ESCALA DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ9)

Poco interés o placer en hacer cosas

- Nunca
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi cada día

Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas

- Nunca
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi cada día

Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado

- Nunca
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi cada día

Se ha sentido cansado(a) o con poca energía

- Nunca
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi cada día

Sin apetito o ha comido en exceso

- Nunca
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi cada día

Se ha sentido mal con usted mismo(a) - o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia

- Nunca
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi cada día

Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión

- Nunca
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi cada día

¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario - muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal

- Nunca
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi cada día

Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera

- Nunca
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi cada día

Si ha marcado alguno de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?

- Ninguna dificultad
 Algunas dificultades
 Muchas dificultades
 Muchísimas dificultades

Muchas gracias por tu colaboración. ¡Es de gran utilidad!

12.5.8 Encuesta previa a incluirme en el proyecto.



HOJA DE VALORACIÓN: ESTUDIO DE MUSICOTERAPIA Y DE ARTETERAPIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

'CUASI EXPERIMENTAL, PROSPECTIVO, LONGITUDINAL Y NO ALEATORIZADO DE LA CORRELACION ENTRE LA INTERVENCIÓN DE MUSICOTERAPIA Y DE ARTETERAPIA Y SU POSIBLE EFICACIA EN LA REDUCCIÓN DE ASPECTOS EMOCIONALES COMO LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y EL DISTRÉS EN PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGIA MÉDICA TRAS UNA COMPLICACIÓN PROPIA DE LA ENFERMEDAD EN COMPARACIÓN CON UN GRUPO DE PACIENTES CONTROL'.

Investigador Principal: Alessia Gutiérrez Delgado.

El objeto de este cuestionario es conocer vuestra opinión para utilizarla en la mejora de la calidad de este proyecto de investigación. Os pedimos vuestra colaboración para que contestéis con la mayor sinceridad posible a las preguntas que os proponemos.

IDENTIFICACIÓN	
Edad:	Sexo:
Fecha:	ID Estudio:

Valora las siguientes cuestiones (si no tienes suficiente información para responder a alguna pregunta deja la respuesta sin contestar), teniendo en cuenta que:

1	2	3	4	5
TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO

PREVIAMENTE A INCLUIRME EN ESTE ESTUDIO DE ARTETERAPIA Y DE MUSICOTERAPIA:	1	2	3	4	5
La música siempre ha estado presente en mi día a día					
El arte siempre ha estado presente en mi día a día					
Siendo adulto, he recibido clases de música					
Siendo adulto, he recibido clases de artes plásticas					
¿Conocía el término arteterapia?					
¿Conocía el término musicoterapia?					
Considero importante trabajar los aspectos emocionales					
La arteterapia puede ayudarme en la gestión de mis emociones					
La musicoterapia puede ayudarme en la gestión de mis emociones					



DURANTE LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE ARTETERAPIA Y DE MUSICOTERAPIA:	1	2	3	4	5
La información recibida me pareció suficiente					
La planificación ha sido correcta					
La duración ha sido correcta					
La atención ha sido correcta					
El lugar donde se ha realizado el estudio ha sido adecuado a mis necesidades					
El contenido ha sido adecuado a mi situación personal					
El contenido ha sido adecuado a mi situación emocional					
He hablado de mi enfermedad					
He expresado y trabajado mis emociones					
He profundizado en mi autoconocimiento personal					
Me he distraído y evadido					
Me he relajado					
He fomentado mi creatividad					
He recibido apoyo emocional					
He mejorado la comunicación					
Ha disminuido mi estado emocional de ansiedad					
Ha disminuido mi estado emocional de depresión					
Ha disminuido mi estado emocional de distrés (<i>siendo este aquel que "produce una progresiva pérdida de energía, agotamiento emocional y desmotivación general".</i>)					
Me he expresado libremente					
He tenido un espacio de expresión emocional					
He potenciado mi creatividad					
He eliminado la tensión					
He aprendido técnicas de relajación					

TRAS FINALIZAR EL ESTUDIO DE ARTETERAPIA Y DE MUSICOTERAPIA:	1	2	3	4	5
Las sesiones de arteterapia y de musicoterapia me han resultado útiles					
Las sesiones de arteterapia y de musicoterapia me han proporcionado una mejora en mi bienestar físico.					
Las sesiones de arteterapia y de musicoterapia han proporcionado una mejora en mi bienestar emocional.					
La arteterapia y la musicoterapia me han ayudado en mi proceso de enfermedad oncológico durante mi ingreso hospitalario.					
Considero importante que la arteterapia y la musicoterapia puedan ser terapias complementarias al tratamiento clínico habitual en el servicio de oncología.					
Recomendaría la arteterapia y la musicoterapia a otras personas que estén ingresadas en el servicio de oncología.					

A continuación, puedes indicarnos cualquier sugerencia, idea, comentario o mejora que tenga relación con el proyecto:

Muchas gracias por tu colaboración. ¡Es de gran utilidad!

12.5.9 Encuesta valoración objetivos: Intervenciones pacientes GE.



HOJA DE VALORACIÓN OBJETIVOS: INTERVENCIÓN 1, 2 y 3.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

‘CUASI EXPERIMENTAL, PROSPECTIVO, LONGITUDINAL Y NO ALEATORIZADO DE LA CORRELACION ENTRE LA INTERVENCIÓN DE MUSICOTERAPIA Y DE ARTETERAPIA Y SU POSIBLE EFICACIA EN LA REDUCCIÓN DE ASPECTOS EMOCIONALES COMO LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y EL DISTRÉS EN PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA MÉDICA TRAS UNA COMPLICACIÓN PROPIA DE LA ENFERMEDAD EN COMPARACIÓN CON UN GRUPO DE PACIENTES CONTROL’.

Investigador Principal: Alessia Gutiérrez Delgado.

El objeto de este cuestionario es conocer vuestra opinión para utilizarla en la mejora de la calidad de este proyecto de investigación. Os pedimos vuestra colaboración para que contestéis con la mayor sinceridad posible a las preguntas que os proponemos.

IDENTIFICACIÓN

Edad:	Sexo:
Fecha:	ID:

Valora las siguientes cuestiones (si no tienes suficiente información para responder a alguna pregunta deja la respuesta sin contestar), teniendo en cuenta que 1 significa muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo con la afirmación planteada

1ª INTERVENCIÓN: COLOREANDO EMOCIONES	1	2	3	4	5
Expresar y trabajar las emociones a través de la musicoterapia y la arteterapia					
Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el distrés en el paciente					
Reconocer las emociones y los colores					
Identificar la relación entre las emociones propias y su asociación con los diferentes colores					
Reflexionar sobre las emociones					
Comprender las emociones					
Favorecer el autoconocimiento emocional					
Favorecer un espacio de expresión emocional a través del proceso creativo					
Favorecer la expresión emocional a través del color					

2ª INTERVENCIÓN: LIBERACIÓN EMOCIONAL Y ESCUCHA SENSIBLE	1	2	3	4	5
Expresar y trabajar las emociones a través de la musicoterapia y la arteterapia					
Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el distrés en el paciente					
Percibir e identificar las emociones en uno mismo y en los demás.					
Comprender que no existen emociones “buenas” o “malas”.					
Descubrir la relación de la música, el arte plástico y las emociones propias.					
Trabajar el punto, la línea, las formas geométricas, el color y la disposición en el plano como elementos de expresión de estados emocionales y de sentimientos.					
Fomentar un espacio de expresión emocional a través del proceso creativo.					
Favorecer la regulación emocional.					

3ª INTERVENCIÓN: COLOREANDO EMOCIONES	1	2	3	4	5
Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el distrés en el paciente a través de la musicoterapia y la arteterapia.					
Generar un espacio de relajación que fomente un espacio de expresión emocional a través de las distintas técnicas de relajación.					
Favorecer la regulación emocional, aceptación vital y proceso de enfermedad.					

Muchas gracias por tu colaboración. ¡Es de gran utilidad!

12.5.10 Encuesta valoración calidad del proyecto.



HOJA DE VALORACIÓN AL PARTICIPANTE: GRUPO EXPERIMENTAL

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

'CUASI EXPERIMENTAL, PROSPECTIVO, LONGITUDINAL Y NO ALEATORIZADO DE LA CORRELACION ENTRE LA INTERVENCIÓN DE MUSICOTERAPIA Y DE ARTETERAPIA Y SU POSIBLE EFICACIA EN LA REDUCCIÓN DE ASPECTOS EMOCIONALES COMO LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y EL DISTRÉS EN PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGIA MÉDICA TRAS UNA COMPLICACIÓN PROPIA DE LA ENFERMEDAD EN COMPARACIÓN CON UN GRUPO DE PACIENTES CONTROL'.

Investigador Principal: Alessia Gutiérrez Delgado.

El objeto de este cuestionario es conocer vuestra opinión para utilizarla en la mejora de la calidad de este proyecto de investigación. Os pedimos vuestra colaboración para que contestéis con la mayor sinceridad posible a las preguntas que os proponemos.

IDENTIFICACIÓN	
Edad:	Sexo:
Fecha:	ID:

Valora las siguientes cuestiones (si no tienes suficiente información para responder a alguna pregunta deja la respuesta sin contestar), teniendo en cuenta que:

1	2	3	4	5
TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO


ORGANIZACIÓN	1	2	3	4	5
Se ha cumplido con la planificación inicial:					
Organización de las intervenciones:					
Lugar donde se desarrollaron las intervenciones:					
Duración de cada intervención:					
Atención dedicada al paciente:					
INTERVENCIÓNES REALIZADAS	1	2	3	4	5
Contenido adecuado a mi situación personal					
Contenido adecuado a mi situación emocional					
Las sesiones han favorecido mi desarrollo personal					
Las sesiones han favorecido mi gestión emocional (expresión de emociones):					

Las sesiones han ofrecido un espacio para compartir problemas					
Las sesiones han supuesto un momento de evasión					
Relajación, eliminación de la tensión					
Favorece la expresión libre y creativa					
Beneficios con relación a: ansiedad, depresión y distrés					
Las explicaciones han sido claras					
Materiales utilizados (instrumentos / tecnología...)					
Metodología empleada para los objetivos pretendidos					
MUSICOTERAPEUTA / ARTETERAPEUTA	1	2	3	4	5
Conocimientos					
Claridad de sus indicaciones					
Dominio					
Interés que despierta en las intervenciones realizadas					
Facilidades y adaptación durante la intervención					
Cumplimiento de tus expectativas					
Evaluación global del musicoterapeuta / arteterapeuta					
EVALUACIÓN GLOBAL	1	2	3	4	5
¿Cómo valoraría usted en general la experiencia?					
¿Percepción de un cambio emocional tras la aplicación de musicoterapia y de arteterapia?					
¿Considera importante la aplicación de la musicoterapia y arteterapia en el hospital?					
¿Recomendaría este tipo de intervención?					
Si pudieras, ¿Estarías interesado en continuar recibiendo un seguimiento de arteterapia y musicoterapia personalizado?					

A continuación, puedes indicarnos cualquier sugerencia, idea, comentario o mejora que tenga relación con el proyecto:

Muchas gracias por tu colaboración. ¡Es de gran utilidad!

12.5.11 Cartel informativo del proyecto para informar a los compañeros.

 <p>PROYECTO DE TESIS DOCTORAL MAYOR INVESTIGADORA PRINCIPAL: ALESSIA MATEO REZULLO MAYOR INVESTIGADORA COLABORADORA: MONICA NIETO DE ALVARO ORIGENES: LOS DÍAS IMPARES Y PARES, POR DIFERENCIA</p>		
<h3>REHUMANIZACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO. INTEGRACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA Y LA ARTETERAPIA EN EL ÁMBITO CLÍNICO</h3>		
<p>Las terapias artísticas creativas, parecen ser una ayuda en la mejora del malestar psicológico a corto plazo durante las fases del tratamiento del cáncer. La mayoría de estudios llevados a cabo con pacientes oncológicos, concluyen con datos significativos en la reducción de los marcadores de depresión, ansiedad y síntomas somáticos. Sabemos que el estrés, la depresión y la ansiedad contribuyen a los procesos de inflamación, por tanto, complementar el tratamiento clínico con un abordaje arteterapéutico y musicoterapéutico podría reducir los efectos de estos biomarcadores.</p>		
<h3>Objetivos del proyecto.</h3> <p>Este proyecto, pretende evaluar la posible eficacia de las intervenciones de arteterapia y musicoterapia en la reducción de aspectos emocionales como la ansiedad, depresión y el estrés en pacientes adultos oncológicos que ingresan en la planta de hospitalización médica del Servicio de Oncología del Hospital 12 de Octubre de Madrid tras una complicación propia de la enfermedad en comparación con un grupo de pacientes control que solo reciben el tratamiento clínico estándar habitual.</p> <p>Con ello, se pretende demostrar que la musicoterapia y la arteterapia podrían ser una herramienta de apoyo en el tratamiento clínico habitual de diferentes complicaciones derivadas de la patología oncológica, basados en la idea de que el proceso creativo permite que las personas canalicen sus emociones, lo que podría ayudar a sobrellevar o adaptarse a la condición de salud, evitando por otro lado un empeoramiento de los aspectos emocionales del paciente con cáncer.</p>		
<h3>Criterios</h3> <table border="1"><tr><td><h4>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</h4><ul style="list-style-type: none">• >de 18 años.• Con alteraciones en la regulación emocional.• Diagnosticados de cáncer que ingresan en la planta de hospitalización médica del Servicio de Oncología del Hospital 12 de Octubre de Madrid tras una complicación propia de la enfermedad.• Pacientes sin deterioro cognitivo.• Pacientes independientes o levemente dependientes para ABVD.• Dispuestos a participar en este estudio después de haber sido informado de todos los aspectos del estudio que puedan influir en su decisión, firmando y fechando el impreso de consentimiento informado aprobado por el Comité ético.</td><td><h4>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</h4><ul style="list-style-type: none">• Pacientes totalmente dependientes para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.• Déficit auditivo grave.• Deterioro cognitivo.• Trastornos psicológicos o a en tratamiento por el servicio de psiquiatría.• Situación de últimos días.<h4>CRITERIOS DE RETIRADA</h4><ul style="list-style-type: none">• Por deseo expreso del paciente de no continuar en el estudio.• Empeoramiento clínico que impida la continuidad del estudio.</td></tr></table>	<h4>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</h4> <ul style="list-style-type: none">• >de 18 años.• Con alteraciones en la regulación emocional.• Diagnosticados de cáncer que ingresan en la planta de hospitalización médica del Servicio de Oncología del Hospital 12 de Octubre de Madrid tras una complicación propia de la enfermedad.• Pacientes sin deterioro cognitivo.• Pacientes independientes o levemente dependientes para ABVD.• Dispuestos a participar en este estudio después de haber sido informado de todos los aspectos del estudio que puedan influir en su decisión, firmando y fechando el impreso de consentimiento informado aprobado por el Comité ético.	<h4>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</h4> <ul style="list-style-type: none">• Pacientes totalmente dependientes para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.• Déficit auditivo grave.• Deterioro cognitivo.• Trastornos psicológicos o a en tratamiento por el servicio de psiquiatría.• Situación de últimos días. <h4>CRITERIOS DE RETIRADA</h4> <ul style="list-style-type: none">• Por deseo expreso del paciente de no continuar en el estudio.• Empeoramiento clínico que impida la continuidad del estudio.
<h4>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</h4> <ul style="list-style-type: none">• >de 18 años.• Con alteraciones en la regulación emocional.• Diagnosticados de cáncer que ingresan en la planta de hospitalización médica del Servicio de Oncología del Hospital 12 de Octubre de Madrid tras una complicación propia de la enfermedad.• Pacientes sin deterioro cognitivo.• Pacientes independientes o levemente dependientes para ABVD.• Dispuestos a participar en este estudio después de haber sido informado de todos los aspectos del estudio que puedan influir en su decisión, firmando y fechando el impreso de consentimiento informado aprobado por el Comité ético.	<h4>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</h4> <ul style="list-style-type: none">• Pacientes totalmente dependientes para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.• Déficit auditivo grave.• Deterioro cognitivo.• Trastornos psicológicos o a en tratamiento por el servicio de psiquiatría.• Situación de últimos días. <h4>CRITERIOS DE RETIRADA</h4> <ul style="list-style-type: none">• Por deseo expreso del paciente de no continuar en el estudio.• Empeoramiento clínico que impida la continuidad del estudio.	
<h3>Metodología</h3> <p>Se trata de un estudio cuasi experimental, prospectivo, longitudinal y no aleatorizado en el que se comparará un grupo de pacientes control (pacientes que ingresan en los días impares) que solo reciben el tratamiento clínico estándar habitual frente a un grupo experimental (pacientes que ingresan en los días pares). Para la realización del estudio, se cuenta con un equipo multidisciplinar conformado por el equipo de profesionales sanitarios de la planta de oncología médica así como el servicio de psicooncología.</p> <p>El equipo de oncología médica, de enfermería y de técnico en cuidados auxiliares de enfermería, realizará el ingreso del paciente en el Servicio de Oncología Médica. El proceso de selección se realizará teniendo en cuenta el diseño del estudio. Los pacientes que cumplan criterios de inclusión y acepten participar en el estudio, firmarán previamente un consentimiento informado que contempla la ley de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. La investigadora principal se encargará de entregarla así como de resolver las posibles dudas al respecto.</p> <p>Las intervenciones de musicoterapia y de arteterapia serán impartidas por la misma terapeuta formada y especializada en dichas terapias artístico creativas, investigadora principal del proyecto, enfermera y doctoranda; siendo así, asumible por el sistema sanitario. El grupo experimental recibirá 3 sesiones individuales de arteterapia y musicoterapia interdisciplinares durante los 7 primeros días de su ingreso hospitalario.</p> <p>Durante el estudio, se evaluarán variables independientes (epidemiológicas, sociodemográficas y clínico-patológicas) y las variables dependientes (Datos clínicos: signos vitales, escalas clínicas, escalas psicológicas, incluyendo una analítica de valores del perfil tiroideo y cortisol sérico así como escalas de valoración durante los días 1 y 7 del ingreso hospitalario). Se aplicará el mismo protocolo en ambos grupos, siendo la intervención de musicoterapia y de arteterapia que el grupo experimental recibirá, el único hecho diferenciador. De acuerdo con el diseño del estudio, se estima incluir un tamaño muestral de 100 pacientes en total: 50 pacientes en el grupo control y 50 pacientes en el grupo experimental, de forma prospectiva. De forma retrospectiva la previsión de inclusión es aún mayor teniendo en cuenta los registros en el pasado.</p> <p>Las intervenciones, tendrán una estructura y objetivos establecidos, atendiendo a un modo de intervención flexible y dinámica, adaptada a las necesidades y posibilidades del paciente. Cada sesión comenzará con 10 minutos para crear una relación y asentar la base. Continuará con 20 minutos de creación artística, finalizando con 10 minutos de procesamiento, discusión y cierre.</p> <p>El plazo para la obtención de los resultados será de 18 meses., siendo estos publicados en conferencias científicas y publicaciones especializadas de acuerdo a la legislación vigente.</p>		
<p>A 11 de Enero de 2023. Muchísimas gracias por vuestra atención y disposición. ¡Vamos a por ello equipo! Alessia CD.</p>		

12.6. Un resumen de las sesiones de presentación del proyecto y el día a día en el hospital. (Apartado 9.6)

Acceso a los vídeos de las presentaciones del proyecto en el hospital "Compartiendo entre compañeros":

- Vídeo explicativo Terapias Artístico Creativas disponible en el siguiente enlace: **[<https://youtu.be/kFAZ-8rBtXg>]**
- Vídeo explicativo "Presentación del proyecto": disponible en el siguiente enlace: **[<https://youtu.be/r7kntrnsc3o>]**



12.7 AFC UFV. Terapias Creativas en el aula universitaria. Ciencias y humanidades.

Terapias artístico creativas en el aula. Grado de Enfermería, Psicología, Bellas Artes y Diseño.



Creando con sentido. "Actividad de arteterapia y musicoterapia. Modelando emociones"



Compartiendo entre profesionales sanitarios, terapeutas creativos y alumnos universitarios



12.8. Programa de intensificación de la actividad investigadora. (Apartado 9.6)

Programa de intensificación de la actividad investigadora en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Contratos de intensificación de la actividad investigadora para personal del Área de Enfermería.

Referencia: i+12-AY231222-1

RESOLUCIÓN DE CONCESIÓN

.....

Una vez finalizado el proceso de evaluación y selección de solicitudes presentadas al Programa de intensificación de la actividad investigadora en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Contratos de intensificación de la actividad investigadora para personal del Área de Enfermería (Ref. i+12-AY231222-1), de fecha 4 de diciembre de 2023, del Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12).

SE RESUELVE

1. Aprobar la relación definitiva de solicitudes concedidas del citado programa, tal y como se detallan a continuación:
 - Chinchurreta Barquero, Inmaculada
 - de la Torre Lomas, Noelia
 - Gutiérrez Delgado, Alessia
 - López Caballero, María Teresa
 - Lozoya Montes, Belinda
 - Santiago Paz, María Ela
2. Publicar como Anexo a esta resolución, los resultados de la evaluación con indicación de la puntuación obtenida y la causa de no concesión, en su caso, para cada uno de los candidatos presentados.

En Madrid, a 18 de enero de 2024.



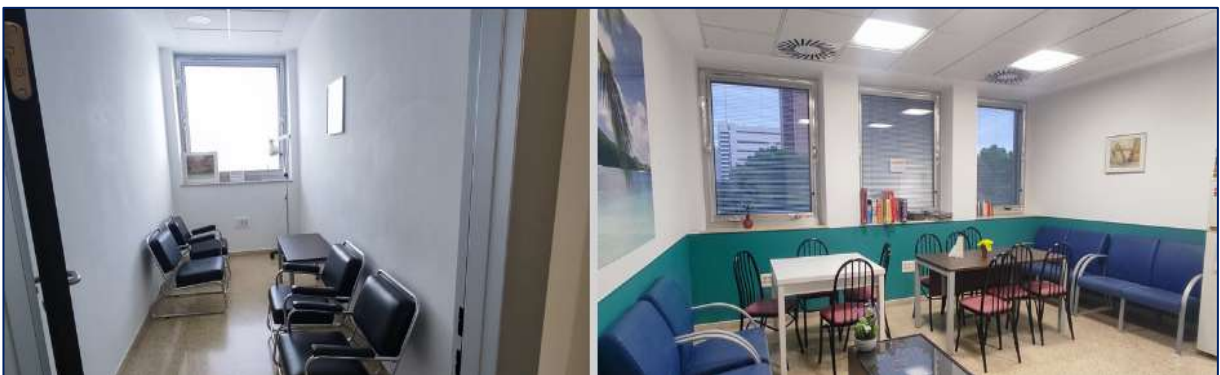
Dr. Joaquín Arenas Barbero
Director Científico del i+12

12.9 Creación de un espacio de trabajo para implementar el proyecto en la unidad.
(Veáse descrito en el apartado 9.7.1. Recursos humanos, logísticos, financiación e infraestructura.)

Creación de un despacho para las terapias artístico creativas en la unidad:



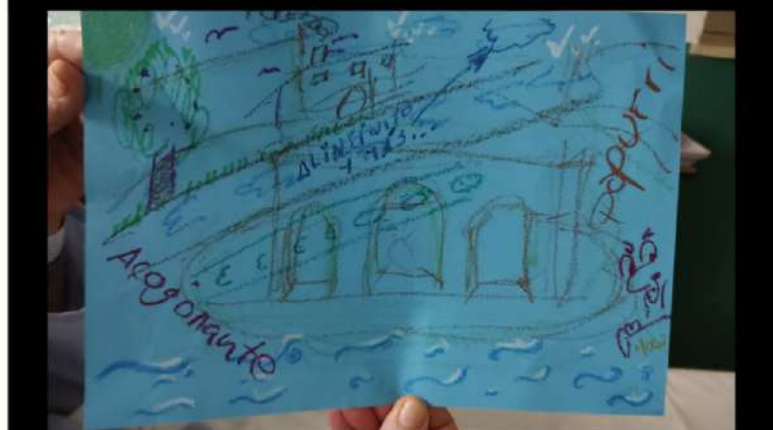
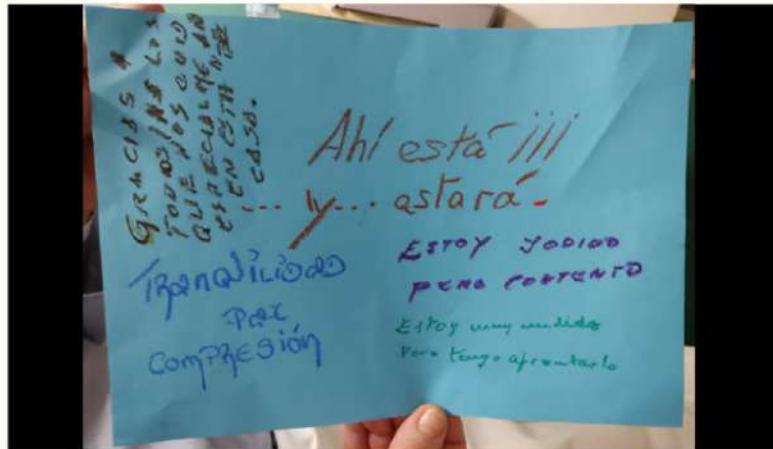
Salas de familiares de la unidad que fueron utilizadas durante el proyecto:



Ejemplos de dinámicas propuestas por familiares y acompañantes.

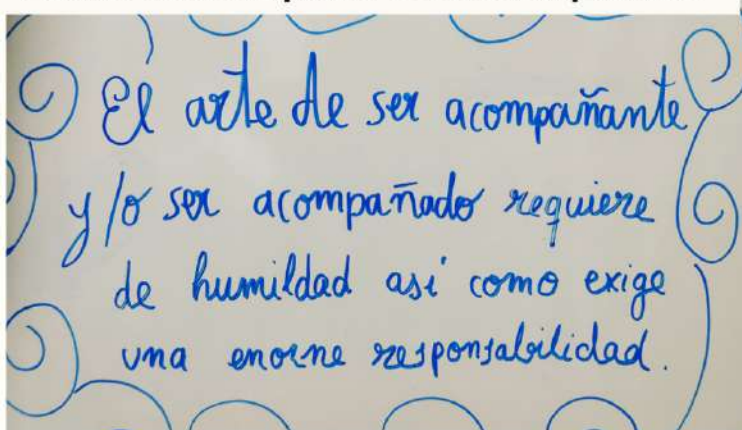
"Comunicación a través de un folio azul. Conexión entre 5 pacientes ingresados en diferentes habitaciones." Tras este folio, se enviaron mensajes de ánimo... continuaron compartiendo tras el alta hospitalaria.

"Lo que surgió en un folio azul vacío tras el compartir entre pacientes desde distintas habitaciones"



Hablemos de acompañamiento y cáncer con arte: "Cáncer no es un tabú."

"El arte de acompañar o ser acompañante"



"Cáncer no es un tabú. Cáncer es..."



12.10 Experiencia creativa de los pacientes a través de la arteterapia y la musicoterapia.

(Véase el apartado: 9.1 SOBRE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO)

1ª Intervención:

Acceso al vídeo introductorio de la 1ª intervención, disponible en el siguiente enlace:

[<https://youtu.be/FEQRNB1webQ>]

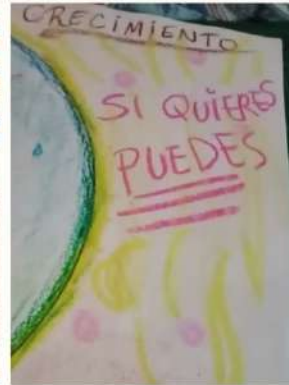
"Proceso terapéutico creativo. Tras la 1ª intervención: "Coloreando emociones"



"Observación del caos absoluto al relax"



"Desconexión, cuadro lleno de espiritualidad"



"Crecimiento y elevación. Si quieres puedes"



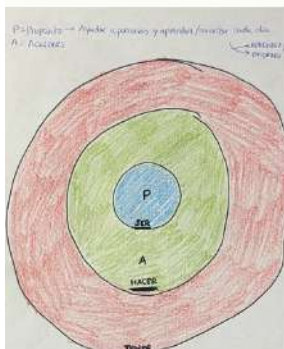
"ESPERANZA SIEMPRE"



"Si. Lo entendí, lo abracé, gracias sanitarios"



"Flujo poco a poco reconecto y desconecto"



"TENER, HACER... SER"



"Imagínalo. Transformación y esperanza"



"Emoción transformada y azulejos también"

2ªIntervención:

Acceso al vídeo introductorio de la 2ª intervención, disponible en el siguiente enlace:

[<https://youtu.be/5AK2P7ISQSY>]



Otros ejemplos de procesos creativos en donde los pacientes trabajaron aspectos emocionales: ansiedad, depresión y distrés.

Enfermería, arteterapia y musicoterapia: Trabajando aspectos emocionales : ansiedad, depresión y distres en el paciente adulto oncológico.



"Memorias de amor y fortaleza. Familia y amor"



"Unidos en amor y esperanza. Aceptación"



"Dirección de la vida y fuerza en cada paso"



"Somos mucho más de lo que imaginamos"



"Amor eterno en la adversidad. Somos y seremos"



"Entre sombras. El camino del coraje da miedo"



"Claridad renovada tras las sombras, solo luz"



"El abismo de la noticia. No quiero continuar"



"Grito silencioso. Expresión de la tormenta interna"



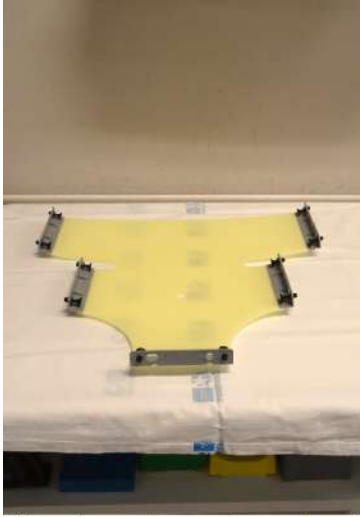
"Evasión emocional, musicalidad y catarsis"



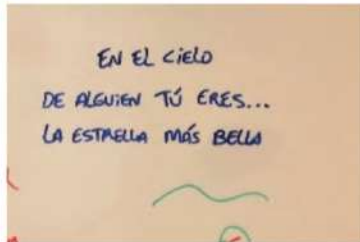
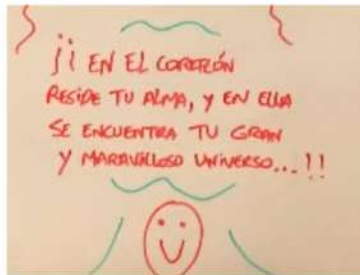
"Siento una conexión de almas unidas en la luz"



TAC de Radioterapia. Flor resiliente, en calma"



"Transformando una máscara de radioterapia a través de la arteterapia y la musicoterapia. Calma y menos ansiedad"



"Reflexiones con tecnología tras las intervenciones. Gratitud y apertura"



"Las cosas de Pablo que me resuenan. Agradecimiento a Esperanza, una auxiliar que me cuidó con amor"



"Explorando emociones a través de la música y el color: un viaje de sanación en equipo"



"Crear. Imaginación en medio de la adversidad"



"Abrazo y amor en tiempos de enfermedad"



"Arteterapia en familia con amor y resina"



"Paz interior: aceptación tras la calma"



"Silencio melódico en armonía: un concierto de amor para sus nietos. Una sorpresa."



"Despedida serena en compañía: creando recuerdos de resina con el alma en el mar"

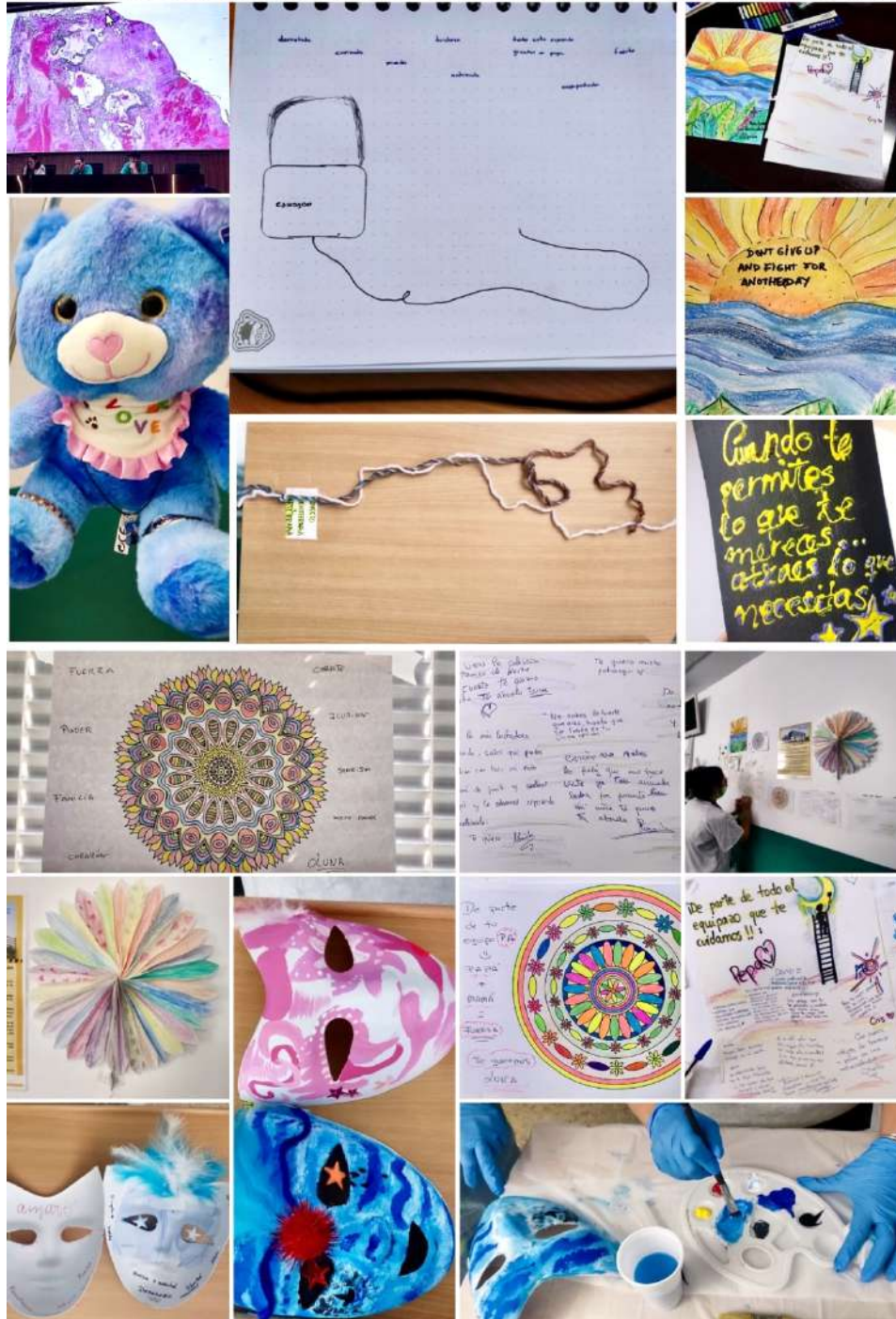


"Sanando juntos a través del arte. Lo acepto"

12.11 La importancia del abrazo como catalizador en medicina. Experiencia del proceso de transformación a través de la arteterapia y la musicoterapia. Si fuese de interés, se puede visualizar la entrevista sobre el caso clínico en el siguiente vídeo a través del enlace:

[<https://www.youtube.com/live/TyI7B5N2U58?si=S15x9-WR61wURwzH>]

"El abrazo terapéutico. Lazos entre diferentes unidades del hospital. Un objetivo común: el paciente."



12.12: Publicaciones:

#Model
JHQR-1108; No. of Pages 9

ARTICLE IN PRESS

Journal of Healthcare Quality Research xxx (xxxx) xxx-xxx





Fundación Española
de Calidad Asistencial

Journal of Healthcare Quality Research

www.elsevier.es/jhqr

ORIGINAL

Humanización y calidad de vida profesional en el cuidado oncohematológico y radioterápico: un estudio descriptivo en un hospital universitario

A. Gutiérrez Delgado^{a,*}, C.J. Gómez Martín^a, C. Martín-Arriscado Arroba^b, G. González Monterrubio^a, S. Pérez García^c y A. Jariego Gómez^a

^a Área de Oncohematología y Oncología Radioterápica, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España
^b Área de Investigación, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España
^c Instituto de Investigación, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España

Recibido el 10 de julio de 2024; aceptado el 9 de diciembre de 2024

PALABRAS CLAVE

Humanización;
Calidad de vida;
Resiliencia;
Comunicación;
Oncología médica;
Hematología;
Oncología
radioterápica

Resumen

Objetivo: Evaluar los niveles de humanización, calidad de vida profesional, resiliencia, habilidades comunicativas y uso del silencio entre los profesionales sanitarios en estas áreas.
Métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo realizado en un hospital de referencia. Se recogieron datos de 152 profesionales mediante cuestionarios que evaluaron la calidad de vida profesional (ProQOL), la resiliencia (CD-RISC), la humanización (HUMAS), las habilidades comunicativas (EHC-PS) y el uso del silencio (Q-SPS).
Resultados: La mediana de edad de los profesionales fue de 42 años. Mostraron niveles moderados de satisfacción por compasión y resiliencia (medias = 23,47 y 29,96), pero bajos niveles de humanización (media = 66,09). El agotamiento emocional fue significativo entre los médicos (media = 19,19; $p = 0,022$), mientras que los técnicos de radioterapia destacaron en empatía (media = 27,33). Se observaron correlaciones significativas entre satisfacción por compasión y optimismo ($Rho = 0,2017$; $p = 0,0127$), y entre el silencio productivo y las habilidades comunicativas ($Rho = 0,3131$; $p = 0,0001$).
Conclusiones: Se destaca la importancia de fortalecer las competencias emocionales y comunicativas. Las intervenciones deben enfocarse en reducir la fatiga por compasión y mejorar el bienestar de los profesionales, optimizando la calidad del cuidado en los pacientes oncohematológicos y radioterápicos.
© 2024 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: alessia.gutierrez@salud.madrid.org (A. Gutiérrez Delgado).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.12.007>
2603-6479/© 2024 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Cómo citar este artículo: A. Gutiérrez Delgado, C.J. Gómez Martín, C. Martín-Arriscado Arroba et al., Humanización y calidad de vida profesional en el cuidado oncohematológico y radioterápico: un estudio descriptivo en un hospital universitario, Journal of Healthcare Quality Research, <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.12.007>

343

KEYWORDS

Humanization;
Quality of life;
Resilience;
Communication;
Medical oncology;
Hematology;
Radiotherapy
oncology

Humanization and professional quality of life in oncohematology and radiotherapy care: A descriptive study in a university hospital

Abstract

Objective: To evaluate levels of humanization, professional quality of life, resilience, communication skills, and the use of silence among healthcare professionals in these areas.

Methods: Observational, cross-sectional, and descriptive study conducted in a referral hospital. Data were collected from 152 healthcare professionals through questionnaires assessing professional quality of life (ProQOL), resilience (CD-RISC), humanization (HUMAS), communication skills (EHC-PS), and the use of silence (Q-SPS).

Results: The median age of the professionals was 42 years. They showed moderate levels of compassion satisfaction and resilience (means = 23.47 and 29.96) but low levels of humanization (mean = 66.09). Emotional exhaustion was significant among physicians (mean = 19.19, $P = .022$), while radiotherapy technicians excelled in empathy (mean = 27.33). Significant correlations were observed between compassion satisfaction and optimism ($Rho = 0.2017$, $P = .0127$), and between productive silence and communication skills ($Rho = 0.3131$, $P = .0001$).

Conclusions: Strengthening emotional and communication competencies is essential. Interventions should focus on reducing compassion fatigue and enhancing the well-being of healthcare professionals, improving care quality for oncohematology and radiotherapy patients.

© 2024 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

Los profesionales en oncohematología y oncología radioterápica enfrentan significativos desafíos emocionales debido a la exposición continua al sufrimiento de los pacientes y el apoyo a sus familias. Estos factores contribuyen a la fatiga por compasión, agotamiento emocional y estrés traumático, afectando su bienestar y desempeño clínico^{1,3}.

A pesar de esto, experimentan satisfacción por compasión (SC), que puede actuar como un factor protector contra el desgaste emocional⁴. La escala de calidad de vida profesional (ProQOL) evalúa estos aspectos en entornos clínicos². La resiliencia, medida por la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC), es crucial para manejar el estrés y mejorar el bienestar profesional^{5,6}. La humanización en la atención, evaluada mediante la escala HUMAS, abarca dimensiones como el optimismo y la comprensión emocional, y está vinculada a la calidad de vida profesional⁷. Además, las habilidades comunicativas, evaluadas con la escala de habilidades comunicativas (EHC-PS), son esenciales para una relación terapéutica efectiva⁹ y el uso del silencio en la comunicación puede facilitar la empatía y la reflexión¹⁰.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto psicoemocional y social, el grado de cuidado humanizado, la resiliencia, las habilidades de comunicación y el uso del silencio entre los profesionales en oncohematología y radioterapia, identificando los niveles de fatiga por compasión, SC y otros indicadores de bienestar profesional usando las escalas ProQOL, CD-RISC, HUMAS, EHC-PS y Q-SPS.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal, abierto y descriptivo en un hospital de referencia en enfermedades oncohematológicas. La muestra por conveniencia incluyó a 152 profesionales

sanitarios de oncohematología y radioterapia, divididos en 70 enfermeras, 43 médicos, 24 TCAs y 15 técnicos de radioterapia (RT). Los participantes trabajaban en planta de oncología médica, hospital de día de oncología, planta de hematología, hospital de día de hematología y la unidad de radioterapia. Se excluyó al personal de baja, rotatorio y con menos de un año de experiencia en el área. Los datos se recogieron mediante cuestionarios autoadministrados, evaluando la calidad de vida profesional, resiliencia, humanización, habilidades comunicativas y uso del silencio, entre febrero y marzo de 2024.

Instrumentos de medición

- **Escala Humanización de la Atención Sanitaria (HUMAS):** Evalúa 5 dimensiones de humanización: disposición al optimismo (DOP), sociabilidad, comprensión emocional, autoeficacia y afecto. Consta de 19 ítems en una escala Likert de 1 a 5, con una puntuación total que varía entre 19 y 95, donde puntuaciones más altas indican mayor humanización en la atención⁷.
- **Escala Professional Quality of Life (ProQOL):** Evalúa 3 dimensiones: SC, agotamiento emocional (Burnout) y estrés traumático secundario (STS). Cada dimensión tiene una puntuación entre 10 y 50, con una escala Likert de 5 puntos, donde puntuaciones más altas en SC indican mayor satisfacción, y en Burnout y STS reflejan niveles elevados de agotamiento emocional y estrés⁵.
- **Escala Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC10):** Evalúa la resiliencia a través de 10 ítems en una escala Likert de 5 puntos (0 = Nunca, 4 = Casi siempre), con una puntuación total de 0 a 40. Puntuaciones más altas indican mayor capacidad de resiliencia ante adversidades⁶.
- **Escala de Habilidades Comunicativas para Profesionales de la Salud (EHC-PS):** Evalúa habilidades en empatía,

comunicación informativa, respeto y habilidad social mediante 18 ítems en una escala Likert de 6 puntos (1 = Casi nunca, 6 = Siempre). La puntuación total varía de 18 a 108, con puntuaciones más altas reflejando mayor competencia comunicativa⁹.

- **Cuestionario del Silencio en Profesionales de la Salud (Q-SPS):** Evalúa el uso del silencio en la comunicación terapéutica en 5 áreas: factores personales, actitudes y creencias, formación, experiencia profesional y funciones del silencio, con un total de 67 ítems. Utiliza una escala Likert de 4 puntos (1 = Muy en desacuerdo, 4 = Totalmente de acuerdo), y la puntuación total varía entre 67 y 268, reflejando el uso del silencio en categorías productivo, neutro y obstructivo¹⁰.

Procedimiento

Los datos se recolectaron mediante cuestionarios autoadministrados distribuidos en formato electrónico a través de la plataforma Qualtrics, desde febrero de 2024 hasta marzo de 2024. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes a lo largo del estudio. Todos los participantes dieron su consentimiento informado tanto para realizar la encuesta, como para el uso de sus respuestas en el presente estudio. El estudio con referencia TP24/0002.

Análisis estadístico

Los datos se describieron utilizando media y desviación estándar para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. La normalidad de las variables continuas se evaluó con la prueba de Shapiro-Wilk, adecuado para muestras pequeñas y moderadas. Para comparar características entre categorías profesionales, se utilizó ANOVA o la prueba de Kruskal-Wallis según los supuestos estadísticos, y Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher para variables categóricas. Las correlaciones entre las dimensiones se calcularon mediante el coeficiente de Spearman (rho), adecuado para relaciones no lineales o datos no distribuidos normalmente. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$. El análisis se realizó con SPSS® v29 y Stata® v16.

Resultados

Se recogieron un total de 214 encuestas, 62 fueron descartadas (34 por duplicación y 28 incompletas), resultando en 152 participantes. La mayoría de los participantes fueron mujeres (69,1%, $n = 105$), mientras que el 30,9% fueron varones ($n = 47$). La mediana de edad fue de 42 años, con el 34,2% de los participantes menores de 34 años y el 28,29% en el rango de 46-56 años (fig. 1).

El 62,5% de los profesionales tenía menos de 10 años de experiencia en el área. En términos de contrato, el 48,03% tenía contrato fijo, el 36,18% fueron interinos y el 10,53% estaban en puestos de sustitución. Los turnos laborales se distribuyeron en un 46,05% para turno diurno, el 28,29% para turnos diurnos con guardias y el 25,66% para turnos rotatorios (tabla 1).

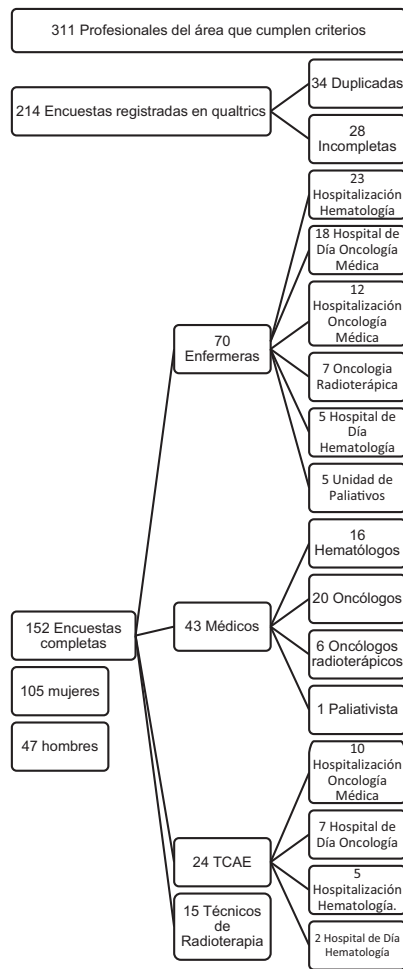


Figura 1 Diagrama de flujo de la población del estudio. DE: desviación estándar; T: total; * $p < 0,05$. En la escala ProQOL: Puntuación T: ≤ 12 bajos niveles; 13-23 niveles moderados; > 24 altos niveles.

En cuanto a los resultados globales de las escalas (tabla 1): En la escala de calidad de vida profesional (ProQOL), los profesionales mostraron niveles moderados de apoyo percibido (AP) (media = 15,11; DE: 3,03; $p = 0,013$). La SC fue moderada a alta (media = 23,47; DE: 2,67). El agotamiento emocional fue significativo en los médicos (media = 19,19; DE: 2,29; $p = 0,022$) respecto a la media total de 18,36 (DE: 2,58). El estrés traumático (STS) fue moderado en general, con una media de 21,15 (DE: 2,56; $p = 0,61$), y la angustia

A. Gutiérrez Delgado, C.J. Gómez Martín, C. Martín-Arriscado Arroba et al.

Tabla 1 Características basales por categorías profesionales y resultados globales de las escalas

	Total	Enfermera/o	TCAE	Médico/a	Técnica/o de radioterapia	p-valor
N.º (%)	N = 152	N = 70	N = 24	N = 43	N = 15	
<i>Edad, años (media ± DE)</i>	42,00 (32,00-51,50)	42,50 (32,00-51,00)	53,00 (45,50-58,50)	37,00 (32,00-49,00)	30,00 (27,00-42,00)	< 0,001*
Edad	42 (11,41)	42 (10,94)	51 (10,15)	41 (10,43)	35 (10,74)	< 0,001*
<i>Grupo de edad</i>						0,002*
24-34	52 (34,21%)	24 (34,29%)	2 (8,33%)	17 (39,53%)	9 (60,00%)	
35-45	38 (25,00%)	18 (25,71%)	4 (16,67%)	12 (27,91%)	4 (26,67%)	
46-56	43 (28,29%)	22 (31,43%)	9 (37,50%)	11 (25,58%)	1 (6,67%)	
57-67	19 (12,50%)	6 (8,57%)	9 (37,50%)	3 (6,98%)	1 (6,67%)	
<i>Sexo</i>						< 0,001*
Varón	47 (30,92%)	11 (15,71%)	1 (4,17%)	27 (62,79%)	8 (53,33%)	
Mujer	105 (69,08%)	59 (84,29%)	23 (95,83%)	16 (37,21%)	7 (46,67%)	
<i>Años de experiencia</i>						0,39
1 a 10 años	95 (62,50%)	46 (65,71%)	17 (70,83%)	22 (51,16%)	10 (66,67%)	
11 a 20 años	38 (25,00%)	17 (24,29%)	7 (29,17%)	12 (27,91%)	2 (13,33%)	
21 a 30 años	12 (7,89%)	5 (7,14%)	0 (0,00%)	5 (11,63%)	2 (13,33%)	
≥ 31 años	7 (4,61%)	2 (2,86%)	0 (0,00%)	4 (9,30%)	1 (6,67%)	
<i>Tipo de contrato</i>						0,003*
Fijo	73 (48,03%)	38 (54,29%)	14 (58,33%)	18 (41,86%)	3 (20,00%)	
Interino	55 (36,18%)	27 (38,57%)	9 (37,50%)	11 (25,58%)	8 (53,33%)	
Sustitución	16 (10,53%)	3 (4,29%)	1 (4,17%)	8 (18,60%)	4 (26,67%)	
Unidad de investigación (I+D)	8 (5,26%)	2 (2,86%)	0 (0,00%)	6 (13,95%)	0 (0,00%)	
<i>Turno de trabajo</i>						< 0,001*
Diurno	70 (46,05%)	33 (47,14%)	11 (45,83%)	13 (30,23%)	13 (86,67%)	
Diurno con guardias	43 (28,29%)	6 (8,57%)	5 (20,83%)	30 (69,77%)	2 (13,33%)	
Rotatorio	39 (25,66%)	31 (44,29%)	8 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
<i>ProQOL (media ± DE)</i>						
Apoyo percibido*	15,11 ± 3,03	14,80 ± 2,96	15,08 ± 3,55	16,19 ± 2,75	13,47 ± 2,39	0,013*
Satisfacción por compasión*	23,47 ± 2,67	23,57 ± 2,33	24,04 ± 2,60	23,23 ± 2,99	22,80 ± 3,30	0,48
Agotamiento emocional*	18,36 ± 2,58	18,33 ± 2,51	17,21 ± 2,52	19,19 ± 2,29	18,00 ± 3,18	0,022*
Estrés traumático*	21,15 ± 2,56	20,89 ± 2,91	21,21 ± 2,02	21,56 ± 2,42	21,13 ± 1,88	0,61
Angustia moral*	17,24 ± 2,33	17,53 ± 2,18	17,88 ± 2,85	16,53 ± 2,23	16,93 ± 2,09	0,069
<i>CD-RISC-10SA (T = 40) (media ± DE)</i>	29,96 ± 6,01	30,06 ± 5,97	30,92 ± 4,94	29,47 ± 5,66	29,40 ± 8,68	0,79
<i>HUMAS: (T = 95) (media ± DE)</i>	66,09 ± 13,13	67,26 ± 13,03	64,17 ± 15,15	64,56 ± 12,62	68,13 ± 11,89	0,57
Disposición al optimismo (T = 15)	10,49 ± 3,26	10,89 ± 3,16	9,42 ± 4,18	10,14 ± 2,80	11,33 ± 3,06	0,16
Sociabilidad (T = 15)	11,52 ± 4,19	11,91 ± 4,10	10,29 ± 4,77	11,35 ± 3,98	12,13 ± 4,17	0,38
Comprensión emocional (T = 15)	9,88 ± 2,61	10,01 ± 2,74	9,67 ± 2,75	9,53 ± 2,36	10,60 ± 2,47	0,53
Autoeficacia (T = 25)	17,38 ± 4,70	18,00 ± 4,39	16,17 ± 5,83	16,67 ± 4,43	18,47 ± 4,58	0,20
Afectación (T = 25)	16,82 ± 5,30	16,44 ± 5,60	18,63 ± 5,08	16,86 ± 4,49	15,60 ± 6,15	0,27
<i>EHC-PS (T = 108): (media ± DE)</i>	87,58 ± 8,08	87,71 ± 7,55	82,25 ± 8,76	88,98 ± 7,19	91,47 ± 8,37	0,001*
Empatía (T = 30)	25,84 ± 3,11	25,97 ± 3,07	24,71 ± 3,07	25,74 ± 3,29	27,33 ± 2,32	0,078
Comunicación informativa (T = 36)	29,20 ± 2,86	29,19 ± 2,63	27,75 ± 3,60	29,60 ± 2,25	30,40 ± 3,44	0,020*
Respeto (T = 18)	16,34 ± 1,75	16,44 ± 1,66	15,42 ± 2,08	16,51 ± 1,33	16,87 ± 2,23	0,031*
Habilidad social (T = 24)	16,20 ± 2,96	16,11 ± 2,83	14,38 ± 3,10	17,12 ± 2,86	16,87 ± 2,42	0,002*
<i>QSPS (media ± DE):</i>						
Área I: Factores personales del uso del silencio (T = 32)	22,86 ± 3,24	22,93 ± 3,12	22,33 ± 3,43	23,42 ± 3,49	21,73 ± 2,49	0,29
Área II: Actitudes pensamientos y creencias sobre silencio (T = 56)	41,10 ± 5,75	42,20 ± 5,15	38,25 ± 5,23	41,91 ± 6,39	38,20 ± 5,20	0,004*

Tabla 1 (continuación)

N.º (%)	Total N = 152	Enfermera/o N = 70	TCAE N = 24	Médico/a N = 43	Técnica/o de radioterapia N = 15	p-valor
Área III: Formación en el uso del silencio (T = 20)	13,34 ± 2,52	13,83 ± 2,48	12,92 ± 2,04	12,98 ± 2,69	12,73 ± 2,71	0,17
Área IV: Experiencia profesional en el uso del silencio (T = 52)	38,42 ± 3,62	38,97 ± 3,79	37,63 ± 3,63	38,53 ± 3,38	36,80 ± 3,08	0,12
Área V: Funciones en la comunicación del silencio (T = 104)	72,03 ± 10,23	73,06 ± 9,37	73,96 ± 9,92	70,44 ± 9,86	68,67 ± 14,53	0,24
V,I, Silencio productivo	30,40 ± 4,82	31,17 ± 4,45	29,92 ± 4,61	30,33 ± 4,81	27,80 ± 6,20	0,21
V,II, Silencio neutro	24,55 ± 3,45	24,91 ± 2,86	24,25 ± 3,55	24,49 ± 3,51	23,47 ± 5,34	0,72
V,III, Silencios obstructivos	17,08 ± 4,73	16,97 ± 4,74	19,79 ± 4,30	15,63 ± 4,29	17,40 ± 5,07	0,006*

En la escala ProQOL: Puntuación T: ≤ 12 Bajos niveles; 13-23 Niveles moderados; > 24 Altos niveles.
DE: desviación estándar; T: total; TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
* p < 0,05.

moral también se mantuvo moderada (media = 17,24; DE: 2,33; p = 0,069). Estas dimensiones sugirieron una fatiga por compasión entre los profesionales de la salud.

Los niveles de humanización, medidos por la escala HUMAS, fueron bajos en todas las categorías profesionales, con una media general de 66,09 sobre 95 (DE: 13,13). Los técnicos de radioterapia obtuvieron las puntuaciones más altas (68,13; DE: 11,89), aunque aún insuficientes. Las subescalas de disposición al optimismo, sociabilidad, comprensión emocional y autoeficacia reflejaron puntuaciones bajas, mientras que la afectación mostró niveles moderadamente altos (media = 16,82; DE: 5,30). La escala CD-RISC10 reveló niveles elevados de resiliencia en el grupo estudiado, con una media de 29,96 sobre 40 (DE: 6,01), sin diferencias significativas entre categorías profesionales (p = 0,79). Las habilidades comunicativas variaron significativamente entre las categorías profesionales. Los técnicos de radioterapia destacaron en empatía, con una media de 27,33 (DE: 2,32), superando la media general de 25,84 (DE: 3,11). La comunicación informativa mostró diferencias significativas (p = 0,020), siendo los TCAE quienes obtuvieron las puntuaciones más bajas (27,75 ± 3,60) y los técnicos de radioterapia las más altas (30,40 ± 3,44). En respeto, los TCAE presentaron puntuaciones significativamente más bajas (p = 0,031), mientras que los médicos sobresalieron en habilidad social (media = 17,12; DE: 2,86; p = 0,002). Los resultados de la escala Q-SPS mostraron diferencias significativas en el uso del silencio entre las categorías profesionales. Los médicos obtuvieron las puntuaciones más altas en el Área I: Factores personales relacionados con el silencio (media = 23,42; DE: 3,49), mientras que los técnicos de radioterapia y los TCAE presentaron las puntuaciones más bajas. En el Área II: Actitudes, creencias y emociones, la media fue de 41,10 sobre 56 (p = 0,004), siendo los TCAE y los técnicos de radioterapia quienes obtuvieron las puntuaciones más bajas (38,20-38,25). En el Área III: Formación en el uso del silencio con los pacientes, las enfermeras fueron el colectivo que más se había formado (13,83) situándose por encima de la media (13,33). Respecto a los tipos de silencio (productivo, neutro y obstructivo), el silencio obstructivo,

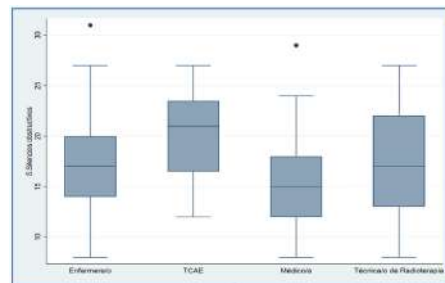


Figura 2 Distribución silencio obstructivo por categoría profesional. Rho: correlación de Spearman; *p < 0,05.

entendido como un obstáculo en la comunicación, obtuvo una media de 17,08 (DE: ± 4,73; p = 0,006), con los TCAE presentando las puntuaciones más altas (media = 19,79; DE: ± 4,30), frente a los médicos, que presentaron la media más baja (15,63) (fig. 2).

Se identificaron correlaciones significativas entre las escalas:

- ProQOL, HUMAS y CD-RISC10: Se observó una correlación positiva significativa entre la SC y la disposición al optimismo (DOP) (Rho = 0,2017; p = 0,0127), sugiriendo que los profesionales con mayor SC tienden a mostrar mayor optimismo en su práctica diaria. La angustia moral se correlacionó negativamente con la afectación emocional (Rho = -0,2576; p = 0,0014), lo que indica que aquellos con mayores niveles de angustia moral experimentan menos afectación emocional. Asimismo, el AP mostró una correlación negativa significativa con la afectación emocional (Rho = -0,2690; p = 0,0008), subrayando la importancia del apoyo en el entorno laboral para reducir la afectación emocional (tabla 3).

Tabla 2 Resultados correlación entre las escalas HUMAS y CD-RISC

Correlación entre escalas: HUMAS y CD-RISC (Spearman «Rho» y «p-valor»)	CD-RISC (total)	
	Rho	Valor de p
<i>HUMAS (total)</i>	0,2226*	0,006
Disposición al optimismo	0,0921	0,0012
Sociabilidad	0,1300	0,2606
Comprensión emocional	0,2426*	0,1116
Autoeficacia	0,1528	0,0027
Afectación	0,2226	0,061

Rho: correlación de Spearman.
* p < 0,05.

Se observó una correlación positiva entre la resiliencia (CD-RISC10) y la escala HUMAS (Rho=0,2226; p=0,006), lo que indica que los profesionales con mayor resiliencia también tienden a exhibir mayores niveles de humanización. La autoeficacia en la escala HUMAS se correlacionó positivamente con la resiliencia (Rho=0,1528; p=0,0027), sugiriendo que los profesionales con mayor autoeficacia son más capaces de afrontar situaciones de estrés (tabla 2).

Discusión

El estudio muestra que los profesionales sanitarios en oncohematología y radioterapia presentan niveles moderados de SC y resiliencia, pero bajos niveles de humanización. En cuanto a la fatiga por compasión, el estudio detecta niveles moderados de agotamiento emocional (media=18,36) y STS (media=21,15), sugiriendo una carga emocional considerable entre los profesionales. Sin embargo, la correlación negativa entre la angustia moral y la afectación emocional (Rho=-0,2576; p=0,0014) sugiere un mecanismo de protección, donde los profesionales con más angustia moral parecen experimentar menos afectación emocional, posiblemente para mitigar el impacto del estrés.

Las puntuaciones de la escala HUMAS, con una media general de 66,09 sobre 95, revelan una deficiencia en aspectos como la disposición al optimismo, la comprensión emocional y la autoeficacia. Este hallazgo resalta la necesidad de mejorar la humanización en estos entornos clínicos, alineándose con investigaciones previas que destacan las demandas emocionales en áreas de alto estrés¹¹⁻¹³.

La resiliencia, medida por la escala CD-RISC10, fue elevada en este grupo (media=29,96), lo que se correlacionó positivamente con la SC (Rho=0,3482; p<0,0001) y la disposición al optimismo (Rho=0,2017; p=0,0127). Este hallazgo refuerza la importancia de la resiliencia como un factor protector, ayudando a los profesionales a mantener su bienestar emocional frente a la fatiga.

). Con relación a la escala ProQOL, la resiliencia también presentó una correlación positiva significativa con la SC (Rho=0,3482; p<0,0001), lo que sugiere que aquellos con mayor satisfacción en su labor empática desarrollan

una mayor resiliencia, ayudando a mitigar el agotamiento emocional (tabla 3).

- Habilidades comunicativas, ProQOL y uso del silencio: Las habilidades comunicativas (EHC-PS) mostraron correlaciones positivas significativas con el silencio productivo, en particular con las dimensiones: empatía (Rho=0,2932; p=0,0002), comunicación informativa (Rho=0,2648; p=0,0009) y respeto (Rho=0,3041; p=0,0001); lo que sugiere que una mayor capacidad de comunicación efectiva se asocia con un uso más constructivo del silencio. (tabla 4). Además, el silencio productivo se correlacionó con el agotamiento emocional (ProQOL) (Rho=0,3615; p<0,0001), lo que sugiere que los profesionales que experimentan niveles elevados de agotamiento emocional podrían utilizar el silencio como estrategia de regulación emocional (tabla 3). El silencio neutro también mostró correlaciones positivas con habilidades comunicativas reforzando su papel en la mejora de la interacción clínica. En contraste, el silencio obstructivo presentó correlaciones negativas con las dimensiones de empatía, comunicación informativa y respeto (Rho=-0,1845; p=0,0228; Rho=-0,1344; p=0,0987; Rho=-0,1767; p=0,0304), lo que sugiere que el uso excesivo del silencio obstructivo puede dificultar una comunicación efectiva y empática en el entorno clínico (tabla 3).

Las habilidades comunicativas mostraron una variabilidad significativa según la categoría profesional. Los técnicos de radioterapia destacaron en empatía (media=27,33), mientras que los TCAE presentaron puntuaciones más bajas en comunicación informativa y respeto. La correlación positiva entre las habilidades comunicativas y el uso del silencio productivo indica que una mayor competencia comunicativa facilita un mejor manejo del silencio en la relación con los pacientes. A su vez, el uso del silencio productivo se asoció con niveles más altos de agotamiento emocional (Rho=0,3615; p<0,0001), lo que sugiere que algunos profesionales utilizan el silencio como una estrategia de afrontamiento ante el estrés. El silencio obstructivo, que obstaculiza la comunicación, mostró correlaciones negativas con la empatía, el respeto y la comunicación informativa, subrayando que su uso excesivo puede afectar negativamente la calidad de la interacción clínica.

De este estudio se derivan las siguientes implicaciones para la práctica: es fundamental implementar programas de formación en competencias emocionales y comunicativas, con el fin de mejorar la humanización de la atención, optimizar el uso del silencio y fortalecer las habilidades de comunicación efectiva. Estas intervenciones podrían mejorar la calidad del cuidado y el bienestar de los profesionales, reduciendo la fatiga por compasión y el agotamiento emocional en oncohematología y radioterapia.

Sin embargo, las escalas utilizadas no han sido validadas específicamente en este contexto, lo que podría afectar la precisión de los resultados. Además, el elevado número de ítems pudo generar cansancio en los participantes, afectando la fiabilidad de las respuestas, y el diseño transversal del estudio limita la capacidad para establecer relaciones causales. En conclusión, los profesionales presentan niveles moderados de SC y resiliencia, pero tienen carencias en humanización, especialmente en optimismo, comprensión

Tabla 3 Resultados correlación entre las escalas ProQOL y CD-RISC, HUMAS, EHC-PS y QSPS

		ProQOL														
Correlación entre las escalas ProQOL- CD-RISC, HUMAS, EHC (Spearman «Rho» y «p-valor»)		Apoyo percibido			Satisfacción por compasión			Agotamiento emocional			Estrés traumático			Angustia moral		
	Rho	Valor de p	Rho	Valor de p	Rho	Valor de p	Rho	Valor de p	Rho	Valor de p	Rho	Valor de p	Rho	Valor de p	Rho	Valor de p
CD-RISC-10SA (T)	0,2385*	0,0032	0,3482*	<0,0001	0,0999	0,2261	0,06887	0,4008	-0,15098	0,0642						
HUMAS (T)	-0,1223	0,1332	0,1699*	0,0364	0,0875	0,2837	0,01807	0,8251	-0,0830	0,3089						
Disposición al optimismo	-0,06396	0,2028	0,2017*	0,0127	0,0532	0,5151	-0,01728	0,8326	-0,03301	0,6864						
Sociabilidad	0,03108	0,7039	0,11654	0,1528	0,1171	0,1505	0,1254	0,1234	0,0514	0,5290						
Comprensión emocional	-0,02169	0,7909	0,1300	0,1103	0,1787*	0,0276	0,0694	0,3953	0,07308	0,3709						
Autoeficacia	-0,04342	0,5954	0,1877	0,0205*	0,1387	0,0883	0,05880	0,4718	0,0804	0,3242						
Afectación	-0,2690*	0,0008	0,9659	0,2365	-0,0783	0,3378	-0,0841	0,3028	-0,2576*	0,0014						
EHC-PS (T)	-0,0986	0,22654	0,2941*	0,0002	0,3027*	0,0002	0,1122	0,1685	-0,0480	0,5565						
Empatía	-0,10668	0,1948	0,2308*	0,0042	0,2287*	0,0047	0,1438	0,0771	-0,0017	0,9827						
Comunicación informativa	-0,1002	0,2192	0,14962	0,0658	0,1914*	0,0182	0,0353	0,6655	-0,0830	0,3089						
Respeto	-0,1522	0,0687	0,1865*	0,0214	0,1812*	0,0255	0,1072	0,1884	-0,1189	0,1443						
Habilidad social	-0,0329	0,6870	0,31176*	<0,0001	0,2656	0,0940	0,1052	0,1967	-0,0490	0,5482						
QSPS																
Área I: Factores personales del uso del silencio	-0,04101	0,6159	0,0107	0,8950	0,2247*	0,0054	0,05911	0,4695	-0,0488	0,5502						
Área II: Actitudes pensamientos y creencias sobre el silencio	0,0394	0,6294	0,1171	0,1505	0,4002*	<0,0001	0,0293	0,7196	0,0951	0,2437						
Área III: Formación en el uso del silencio	0,02807	0,7314	0,0383	0,6394	0,2888*	0,0003	0,05670	0,4878	0,1063	0,1923						
Área IV: Experiencia profesional en el uso del silencio	0,1274	0,1176	0,2002*	0,0134	0,3507*	<0,0001	0,1165	0,1527	0,1728	0,0332						
Área V: Funciones en la comunicación del silencio	0,2053	0,0112*	0,1686	0,0378*	0,1988*	0,0141	0,0644	0,4301	0,1071	0,1889						
Silencio productivo	0,1565	0,0541	0,2572	0,0014*	0,3615*	<0,0001	0,1554	0,0558	0,0415	0,6112						
Silencio neutro	0,12379	0,1287	0,1601	0,0487*	0,2007*	0,0136	0,0252	0,7205	0,2210*	0,0062						
Silencio obstructivo	0,20437	0,0116	-0,03240	0,6919	-0,1375	0,1057	-0,0656	0,4213	-0,0475	0,5604						

Rho: correlación de Spearman.
* p < 0,05.

Tabla 4 Resultados correlación entre las escalas EHC-PS QSPS

QSPS	EHC-PS											
	Empatía			Comunicación informativa			Respeto			Habilidad social		
	Rho	Valor de p	Rho	Valor de p	Rho	Valor de p	Rho	Valor de p	Rho	Valor de p	Rho	Valor de p
Área I: Factores personales del uso del silencio	0,1489	0,0671	0,0919	0,2599	0,2386*	0,0031	0,2140*	0,0081	0,0156	0,8488		
Área II: Actitudes pensamientos y creencias sobre el silencio	0,2804*	0,0005	0,2316*	0,0041	0,2580	0,0013	0,2736*	0,0006	0,11871	0,1452		
Área III: Formación en el uso del silencio	0,1601*	0,0488	0,2568*	0,0014	0,1467	0,0712	0,1168	0,1517	0,0446	0,5851		
Área IV: Experiencia profesional en el uso del silencio	0,2556*	0,0015	0,3004*	0,0002	0,19074*	0,0186	0,2531*	0,0016	0,06983	0,3926		
Área V: Funciones en la comunicación del silencio	0,1654*	0,0416	0,1589	0,0505	0,1471	0,0704	0,1558	0,0552	0,0705	0,3881		
Silencio productivo	0,3131*	< 0,0001	0,2932*	0,0002	0,2658*	0,0009	0,3041*	0,0001	0,1464	0,0718		
Silencio neutro	0,2608*	0,0012	0,2681*	0,0008	0,2256*	0,0055	0,2730*	0,0007	0,0733	0,3694		
Silencio obstructivo	-0,1785*	0,0342	-0,1845*	0,0228	-0,1344	0,0987	-0,1767*	0,0304	-0,0705	0,3881		

Rho: correlación de Spearman.
 * p < 0,05.

emocional y autoeficacia. Fortalecer estas áreas es crucial para mejorar su bienestar y la calidad de la atención.

Reconocimiento de becas

La autora principal se encuentra en un programa de intensificación de la actividad investigadora en el Hospital Universitario 12 de Octubre, año 2023-2024.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los trabajadores del hospital por su colaboración en este estudio, que ha aportado valiosa información para mejorar los cuidados humanizados. A los que le dan el sentido a nuestra profesión, pacientes, familias y compañeros.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.jhqr.2024.12.007](https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.12.007).

Bibliografía

1. Moro Gutiérrez L, González Fernández-Conde M. La atención humanizada en el cuidado del paciente oncológico. *Cult cuid.* 2022;26:267-76, [http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.64.22](https://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.64.22).
2. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;388:2272-81, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X).
3. Ortega-Galán AM, Ruiz-Fernández MD, Lirola MJ, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, et al. Professional quality of life and perceived stress in health professionals before COVID-19 in Spain: Primary and hospi-

- tal care. *Healthcare (Basel).* 2020;8:484, <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare8040484>.
4. Arimon-Pagés E, Fernández-Ortega P, Fabrellas-Padrés N, Castro-García AM, Canela-Soler J. Dealing with emotional vulnerability and anxiety in nurses from high-risk units: A multicenter study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:5569, [http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19095569](https://dx.doi.org/10.3390/ijerph19095569).
5. Marzo RR, Khaled Y, ElSherif M, Abdullah MSAMB, Zhu Thew H, Chong C, et al. Burnout, resilience and the quality of life among Malaysian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Front Public Health.* 2022;10:1021497, [http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.1021497](https://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.1021497).
6. García-León MA, González-Gómez A, Robles-Ortega H, Padilla JL, Peralta-Ramírez MI. Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) en población española. *An psicol.* 2019;35:33-40, [http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.314111](https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.314111).
7. Pérez-Fuentes MC, Herera-Peco I, Molero Jurado MM, Oropesa Ruiz NF, Ayuso-Murillo D, Gázquez Linares JJ. The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16:3999, [http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16203999](https://dx.doi.org/10.3390/ijerph16203999).
8. Stamm BH. ProQOL Measure. ProQOL.org. [accessed 16 Jun 2024] Available from: <https://proqol.org/proqol-manual>
9. Leal-Costa C, Tirado González S, Ramos-Morcillo A, Díaz Agea J, Ruzafa-Martínez M, van-der Hofstadt Román C. Validación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación. *An Sist Sanit Navar.* 2019;42:291-330 [consultado 14 Jun 2024] Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/73986>
10. Bengoechea C, Molinero C, Velasco C, López-Ibor B. Análisis del uso y funciones del silencio en la comunicación de los profesionales sanitarios en una unidad de oncología pediátrica. *Psicooncología.* 2021;18:173-91, [http://dx.doi.org/10.5209/psic.74538](https://dx.doi.org/10.5209/psic.74538).
11. Tong F, Zhang L, Huang L, Yang H, Wen M, Jiang L, et al. The psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers. *Front Public Health.* 2022;10:963673, [http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.963673](https://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.963673).
12. Dewar B, Mackay R, Smith S, Pullin S, Tocher R. Caring about caring: An appreciative inquiry about compassionate relationship-centered care. 2011 [accessed 22 Jun 2024] Available from: https://www.researchgate.net/publication/277874225_Caring_about_Caring_An_Appreciative_Inquiry_about_Compassionate_Relationship-Centered_Care
13. Portal de Transparencia 2022. II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025 [consultado 22 May 2024] Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/Portal-de-Transparencia-II-Plan-de-Humanización-de-la-Asistencia-Sanitaria-2022-2025>.

Aplicación de las terapias creativas en el estudio de los efectos emocionales y psicológicos sobre pacientes oncológicos adultos en el Hospital Universitario Doce de Octubre¹

Alessia Gutierrez-Delgado

Área de Oncohematología Hospital Universitario Doce de Octubre, Universidad Francisco de Vitoria

Carlos J. Gómez-Martín

Hospital Universitario Doce de Octubre, Universidad Francisco de Vitoria

Mireia Serra-Vila

Hospital Fundación Instituto San José, Madrid

David J. Camella-González

Universidad Internacional de la Rioja

Cristina Martín-Arriscado

Hospital Universitario Doce de Octubre

Pablo López-Raso

Universidad Francisco de Vitoria

<https://dx.doi.org/10.5209/aris.97467>

Recibido: 5 de septiembre de 2024 • Aceptado: 23 de octubre de 2024

ES Resumen: Este estudio cuasi-experimental con grupo control y metodología mixta evalúa los efectos de un programa de Arteterapia y Musicoterapia en pacientes adultos oncológicos hospitalizados en el Hospital universitario Doce de Octubre. Tras tres sesiones de intervención, el grupo experimental experimentó mejoras significativas en dolor, ansiedad, depresión y distrés emocional en comparación con el grupo control, que recibió tratamiento médico estándar. Las reducciones significativas fueron las relacionadas con el dolor, la ansiedad, la depresión y el distrés, en base a una serie de cuestionarios y escalas relacionados con el estado emocional y fisiológico del paciente EVA, HADS, PHQ-9, y DME/TD. Además, se observaron mejoras fisiológicas notables, como la reducción de la presión arterial sistólica (-25.34 mmHg) y diastólica (-11.92 mmHg), así como de la frecuencia cardíaca. Aunque los cambios en la autonomía funcional evaluada con el índice BABVD no alcanzaron significancia estadística, se observó una tendencia positiva. Las entrevistas semiestructuradas revelaron mejoras en el bienestar emocional, la motivación y las relaciones interpersonales. Estos hallazgos subrayan el valor de integrar terapias creativas como complemento en la atención oncológica, contribuyendo a mejorar el bienestar físico y emocional de los pacientes hospitalizados. **Palabras clave:** Musicoterapia, Arteterapia, ansiedad, depresión, oncología.

ENG Application of Creative Therapies in the Study of Emotional and Psychological Effects on Adult Oncology Patients at the Hospital Universitario Doce de Octubre

Abstract: This quasi-experimental study with a control group and mixed methodology evaluates the effects of a program combining Art Therapy and Music Therapy on hospitalized adult oncology patients at the Hospital universitario Doce de Octubre. After three intervention sessions, the experimental group experienced significant improvements in pain, anxiety, depression, and emotional distress compared to the control group, which received standard medical treatment. Significant reductions were observed in pain, anxiety, depression, and distress based on a series of questionnaires and scales related to the patients' emotional and physiological state (EVA, HADS, PHQ-9, and DME/TD). Additionally, notable physiological improvements were observed, including reductions in systolic blood pressure (-25.34 mmHg), diastolic blood pressure (-11.92 mmHg), and heart rate. Although changes in functional autonomy measured by the BABVD index did not reach statistical significance, a positive trend was observed. Semi-structured interviews revealed improvements in emotional

¹ Este trabajo ha sido posible gracias a una beca de intensificación otorgada por la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Doce de Octubre, en el marco del programa de becas para la intensificación de la actividad investigadora en enfermería. La beca fue concedida a la investigadora principal, enfermera y terapeuta artística-creativa. Sin este apoyo financiero, la realización de este estudio no habría sido posible.

well-being, motivation, and interpersonal relationships. These findings underscore the value of integrating creative therapies as a complement to oncology care, contributing to the improvement of both the physical and emotional well-being of hospitalized patients.

Key Words: Music Therapy, Art Therapy, anxiety, depression, oncology.

Sumario: 1. Introducción. 2. Revisión documental: Musicoterapia y Arteterapia aplicada al ámbito clínico y concretamente al paciente adulto con cáncer. 3. Programa de investigación. 4. Programa de intervención. 5. Resultados. 6. Discusión. 7. Conclusiones. Referencias.

Cómo citar: Gutierrez-Delgado, A.; Gómez-Martín, C.J.; Serra-Vila, M.; Camella-González, D.J.; Martín-Arriscado, C.; López-Raso, P. (2025). Aplicación de las terapias creativas en el estudio de los efectos emocionales y psicológicos sobre pacientes oncológicos adultos en el Hospital Universitario Doce de Octubre. *Arte, Individuo y Sociedad*, 37(1) 159-179. <https://dx.doi.org/10.5209/aris.97467>

1. Introducción.

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, afectando no solo al cuerpo sino también al bienestar psicológico y emocional de los pacientes. Los efectos colaterales del diagnóstico y el tratamiento, como la ansiedad, la depresión, el estrés, la fatiga y el dolor, impactan tanto a los pacientes como a sus familias, complicando la calidad de vida y el proceso de recuperación. En respuesta a estos desafíos, se han explorado terapias complementarias al tratamiento médico convencional, como la Arteterapia y la Musicoterapia, que abordan tanto los síntomas físicos como los psicoemocionales (Mateos-Hernández et al., 2011).

Estas terapias creativas, que incluyen el uso de la música y el arte como herramientas terapéuticas, se han convertido en intervenciones valiosas dentro de un enfoque multidisciplinar, al ofrecer una vía de expresión emocional, promover la relajación y mitigar el dolor. En este contexto, este artículo presenta los hallazgos de un estudio reciente sobre la efectividad de la Arteterapia y la Musicoterapia en pacientes oncológicos adultos, evaluando su impacto en la reducción de aspectos emocionales: ansiedad, depresión y estrés y su rol como complemento al tratamiento clínico estándar (Abu-Odah et al., 2024a).

2. Revisión documental: Aplicación clínica de las artes creativas en pacientes oncológicos adultos.

Las terapias creativas, como la Arteterapia y la Musicoterapia, han mostrado avances significativos en la atención de pacientes oncológicos, ayudando a mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional. Estas disciplinas utilizan el arte y la música como medios para facilitar la autoexpresión emocional y promover cambios positivos en la fisiología de los pacientes, disminuyendo así la ansiedad, la depresión, el dolor y el estrés emocional (Kievisiene et al., 2020).

La Arteterapia, mediante el uso de formas de expresión artística como la pintura o el dibujo, permite a los pacientes procesar emociones difíciles relacionadas con la enfermedad, creando un espacio seguro donde puedan explorar su sufrimiento de manera creativa. Esto es especialmente relevante para pacientes oncológicos, quienes enfrentan desafíos emocionales y físicos significativos durante el curso de su tratamiento (Bosman et al., 2021; Zhou et al., 2023a).

Por su parte, la Musicoterapia utiliza la música para activar procesos terapéuticos que no solo mejoran el estado emocional, sino que también pueden reducir el dolor y facilitar la comunicación interpersonal en pacientes oncológicos. Estas terapias se destacan por ser intervenciones no invasivas, capaces de complementar de manera efectiva el tratamiento médico convencional al abordar aspectos biopsicosociales frecuentemente desatendidos por los tratamientos estándar (Bradt et al., 2011; Köhler et al., 2020; X. Li et al., 2020; Y. Li et al., 2020).

A través de revisiones sistemáticas recientes, se ha evidenciado que la integración de estas terapias dentro de un contexto hospitalario multidisciplinario puede ser particularmente efectiva. Estos enfoques terapéuticos no invasivos mejoran la adherencia al tratamiento médico convencional al abordar aspectos biopsicosociales que, de otro modo, podrían quedar desatendidos por los tratamientos clínicos estándar (Jiang et al., 2020; Ran et al., 2023).

A la luz de estos estudios, el presente trabajo busca ampliar el conocimiento sobre las terapias creativas aplicadas en pacientes oncológicos adultos, con un enfoque en la medición directa del impacto en la calidad de vida y el bienestar emocional.

Para posicionar el presente estudio dentro del marco de la investigación existente, se realizó una revisión sistemática de la literatura según las recomendaciones de PRISMA (Page et al., s. f.), con la intención de identificar estudios relevantes que evaluaran la efectividad de la Arteterapia y la Musicoterapia en pacientes oncológicos adultos. La búsqueda se centró en seis bases de datos (PubMed, Web of Science, SCOPUS, entre otras) y se delimitó al periodo 2018-2023. De los 180 estudios identificados, 60 fueron considerados elegibles bajo los criterios de inclusión establecidos: pacientes mayores de 18 años, independientes en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y en tratamiento oncológico curativo.

Esta revisión reveló una amplia gama de estudios que han documentado los beneficios de las terapias creativas en pacientes oncológicos. A continuación, se presentan algunos estudios clave que han servido de referencia directa para el presente trabajo y que muestran la efectividad de la arteterapia y la musicoterapia en la mejora del bienestar psicológico y físico de estos pacientes:

En una revisión sistemática, se identificaron 19 ensayos controlados aleatorizados que evaluaron la efectividad de la musicoterapia en pacientes con cáncer. Estos estudios, que involucraron a 1,548 pacientes (765 en el grupo de control y 783 en el grupo experimental), demostraron que la Musicoterapia mejora significativamente la calidad de vida general. Además, se observó que la Musicoterapia es eficaz en la reducción de la ansiedad, depresión y dolor en comparación con la atención estándar. Este estudio subraya la relevancia de la Musicoterapia como una intervención complementaria viable para mejorar el bienestar psicológico de los pacientes con cáncer (Y. Li et al., 2020).

En 2020, se publicó una revisión sistemática y metaanálisis que evaluó ensayos controlados aleatorizados y no aleatorizados sobre la Musicoterapia aplicada al tratamiento psicosocial de pacientes adultos con cáncer en diversas fases del tratamiento oncológico. Los hallazgos indicaron que la Musicoterapia es particularmente efectiva durante el tratamiento curativo, mejorando los niveles de ansiedad y depresión. Además, en fases paliativas, se reportaron mejoras significativas en la calidad de vida, bienestar espiritual, manejo del dolor y reducción del estrés. Este metaanálisis refuerza la inclusión de la Musicoterapia en diversas etapas del tratamiento oncológico (Köhler et al., 2020).

En un estudio que incluyó a 3,476 pacientes adultos con cáncer, se encontró que la Arteterapia basada en la atención plena redujo significativamente la ansiedad, la depresión, la fatiga y el estrés, además de mejorar la calidad de vida. Este estudio es especialmente relevante para el presente trabajo, al resaltar el impacto positivo de la Arteterapia en pacientes que enfrentan las complejidades emocionales del cáncer (N G Xunlin et al., 2020).

En agosto de 2022, un mapeo de la evidencia actual sobre la Arteterapia en pacientes con cáncer avanzado (fases III y IV) demostró una mejora significativa en la condición emocional y espiritual de los pacientes, así como alivio de síntomas físicos y un aumento en la percepción de bienestar. Sin embargo, los autores señalaron que solo un estudio en esta revisión era un ensayo controlado aleatorizado, y que las intervenciones eran heterogéneas, lo que limita la generalización de los resultados. Se sugiere realizar más estudios controlados rigurosos para consolidar estos hallazgos (Collette et al., 2022).

A finales de 2022, se publicó un estudio que examinó la administración clínica de la Musicoterapia en un centro oncológico académico, comparando su efectividad en pacientes de hematología y oncología. Los resultados respaldaron la inclusión de la Musicoterapia como parte del tratamiento clínico en servicios de oncología integrativa, demostrando una reducción significativa en el dolor, la ansiedad y la fatiga entre los pacientes que participaron en las sesiones de Musicoterapia (Rodgers-Melnick et al., 2022).

Otro artículo reciente en 2023 mostró cómo la Musicoterapia y la Arteterapia contribuyen a la regulación emocional de pacientes con cáncer, reduciendo el mutismo emocional y promoviendo estrategias de afrontamiento más adaptativas (Öztürk-Arenz et al., 2023).

Actualmente, en 2024 un metaanálisis incluyó 25 estudios que involucraron a 1,489 pacientes oncológicos. La mayoría de los estudios se enfocaron en pacientes recibiendo quimioterapia activa, y las intervenciones de Arteterapia incluyeron pintura, dibujo y escultura. Se observó una mejora significativa en la calidad de vida general, el bienestar social y la autoimagen. Aunque los resultados sobre la fatiga y el malestar psicósomático fueron mixtos, este estudio destaca la necesidad de realizar ensayos clínicos más rigurosos para confirmar la efectividad de la Arteterapia en estos pacientes (Abu-Odah et al., 2024b).

Aunque la literatura actual muestra resultados prometedores, persisten desafíos metodológicos, como la heterogeneidad en las intervenciones y la falta de ensayos controlados aleatorizados. En este contexto, el presente estudio busca abordar estas limitaciones con un enfoque más riguroso y homogéneo en las intervenciones terapéuticas.

3. Procedimiento investigador

El proyecto aquí presentado se ha realizado en el servicio de hospitalización de oncología médica del Hospital Universitario Doce de Octubre. Este estudio cuasi-experimental, prospectivo y longitudinal, tiene como objetivo evaluar la eficacia de las intervenciones de Arteterapia y musicoterapia en la reducción de la ansiedad, depresión y distrés emocional en pacientes oncológicos adultos hospitalizados tras una complicación derivada de su enfermedad. Se compara un grupo experimental, que recibió las terapias creativas, con un grupo control que siguió únicamente el tratamiento clínico estándar.

La muestra estuvo compuesta por 100 pacientes, distribuidos equitativamente en dos grupos: el grupo experimental (GE) con 50 pacientes, y el grupo control (GC) con 50 pacientes. La asignación no fue aleatorizada; los pacientes fueron asignados a los grupos en función del día de ingreso hospitalario: aquellos ingresados en días pares formaron parte del GE, mientras que los ingresados en días impares se asignaron al GC. Esta metodología sigue los principios de la lista de comprobación TREND (Transparent Reporting of Evaluations with Non-Randomized Designs).

Objetivo Principal

Investigar la eficacia de las intervenciones de Arteterapia y musicoterapia en la reducción de la ansiedad, depresión y distrés emocional en pacientes oncológicos adultos hospitalizados.

Objetivos Secundarios

- 1º Describir las características sociodemográficas y clínico-patológicas de la población de estudio, como edad, género, nivel educativo, estado civil, ocupación y antecedentes familiares, y analizar cómo estas variables pueden influir en la respuesta a las intervenciones de Arteterapia y Musicoterapia.
- 2º Evaluar los cambios en variables clínicas y emocionales, utilizando instrumentos validados tales como la Escala Visual Analógica del Dolor (EVA), el Índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria (BABVD), el Cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME), la Escala Termómetro de Distrés (TD), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), la Escala de Impresión Clínica Global (CGI) y la Escala de Salud del Paciente (PHQ-9), para analizar el impacto de las terapias creativas en la percepción del dolor, funcionalidad, distrés emocional y estado de salud general de los pacientes.
- 3º Presentar y evaluar las intervenciones de Arteterapia y Musicoterapia implementadas en el grupo experimental, detallando los modelos y técnicas terapéuticas utilizados, y valorando su adecuación y efectividad en relación con las necesidades individuales de los pacientes oncológicos.

Metodología de investigación

Tipo de diseño: Cuasi-experimental, prospectivo, longitudinal y no aleatorizado.

Definición de la población: Pacientes adultos oncológicos mayores de 18 años, ingresados en la planta de hospitalización de oncología médica de un hospital universitario tras complicaciones derivadas de su enfermedad.

Procedimiento de extracción de la muestra: Muestra de conveniencia con una distribución prospectiva. Se incluyeron 100 pacientes oncológicos ingresados, distribuidos en dos grupos: 50 pacientes en el grupo experimental (GE) y 50 pacientes en el grupo control (GC). El método de selección para ambos grupos fue no aleatorizado, asignando a los pacientes al grupo experimental o control según el día de ingreso hospitalario (pares para el GE e impares para el GC).

La media de edad en el GE fue de 61.86 años (DE = 13.48) y en el GC de 60.18 años (DE = 18.61), sin diferencias significativas entre los grupos ($p = 0.61$). La distribución por género fue equilibrada, aunque con una ligera predominancia masculina en el GE (56%) frente al GC (50%).

En cuanto al nivel educativo, ambos grupos reflejaron una composición diversa. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se observó una mayor proporción de participantes con educación superior en el GC (30%) frente al GE (16%). Por otro lado, el GE mostró un mayor porcentaje de participantes con estudios de postgrado (16% vs. 6% en el GC). La ocupación profesional y el estado civil de los participantes también reflejaron una distribución equitativa, con una mayoría de casados/en pareja en ambos grupos (62% en el GE y 52% en el GC).

Las complicaciones clínicas que motivaron el ingreso hospitalario fueron variadas, siendo el mal control del dolor y la disnea las más prevalentes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a las complicaciones ($p = 0.41$), lo que garantiza la comparabilidad de los pacientes al inicio del estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio.

	Grupo Control (GC) N=50	Grupo Experimental (GE) N=50	p-valor
Edad de inclusión en el estudio (T; DE)	60.18 ± 18.61	61.86 ± 13.48	0.61
Sexo			0.55
Hombre	25 (50.00%)	28 (56.00%)	
Mujer	25 (50.00%)	22 (44.00%)	
Años de escolarización del Paciente	14.56 ± 5.60	14.85 ± 5.44	0.80
Formación			0.18
Ninguna	2 (4.00%)	2 (4.00%)	
Primarios	14 (28.00%)	10 (20.00%)	
ESO	4 (8.00%)	10 (20.00%)	
Bachiller	12 (24.00%)	12 (24.00%)	
Grado/Licenciado	15 (30.00%)	8 (16.00%)	
Postgrado/Grado Superior	3 (6.00%)	8 (16.00%)	
Profesión			0.99
Sector construcción y manualidades	(11.00%)	(10.00%)	
Sector servicios y comercio	(22.00%)	(22.00%)	

	Grupo Control (GC) N=50	Grupo Experimental (GE) N=50	p-valor
Sector sanitario y social	(17.00%)	(15.00%)	
Educación y Profesionales técnicos	(24.00%)	(22.00%)	
Sector Arte y Cultura	(6.00%)	(7.00%)	
Otros: Jubilación, estudiante o autónomo	(20.00%)	(22.00%)	
Estado Civil			0.29
Soltero	12 (24.00%)	5 (10.00%)	
Casado/En pareja	26 (52.00%)	31 (62.00%)	
Separado/Divorciado	8 (16.00%)	8 (16.00%)	
Viudo	4 (8.00%)	6 (12.00%)	
Tiene el paciente hijos			0.88
Si	34 (69.39%)	34 (68.00%)	
No	15 (30.61%)	16 (32.00%)	
Número de hijos			0.44
1	6 (17.65%)	7 (20.59%)	
2	15 (44.12%)	11 (32.35%)	
3	9 (26.47%)	12 (35.29%)	
4	2 (5.88%)	4 (11.76%)	
>5	2 (5.88%)	0 (0.00%)	
Medio en el que vive el paciente			0.75
Urbano	43 (87.76%)	44 (89.80%)	
Rural	6 (12.24%)	5 (10.20%)	
Origen			0.39
Europa	48 (96.00%)	46 (92.00%)	
Otro	2 (4.00%)	4 (8.00%)	
Convivencia del paciente			0.74
Solo	9 (18.00%)	14 (28.00%)	
En pareja	17 (34.00%)	14 (28.00%)	
Pareja e hijos	13 (26.00%)	12 (24.00%)	
Pareja/hijos/padre o madre	5 (10.00%)	7 (14.00%)	
Con hijos	4 (8.00%)	2 (4.00%)	
Con amigos	2 (4.00%)	1 (2.00%)	

Tabla de elaboración propia.

Tabla 2. Características clínicas de la población de estudio.

	Grupo Control (GC) N=50	Grupo Experimental (GE) N=50	p-valor
Diagnóstico			0.66
Ca cerebral	0 (0.00%)	1 (2.00%)	
Ca orofaríngeo	3 (6.00%)	4 (8.00%)	
Ca pulmón	15 (30.00%)	13 (26.00%)	
Ca mama	4 (8.00%)	3 (6.00%)	
Ca SNC	1 (2.00%)	1 (2.00%)	
Ca Gástrico	2 (4.00%)	4 (8.00%)	

	Grupo Control (GC) N=50	Grupo Experimental (GE) N=50	p-valor
Ca próstata	2 (4.00%)	1 (2.00%)	
Ca ginecológico	10 (20.00%)	6 (12.00%)	
Ca renal	3 (6.00%)	1 (2.00%)	
Ca colón/recto	3 (6.00%)	5 (10.00%)	
Ca hepático	1 (2.00%)	6 (12.00%)	
Ca (otros tipos)	6 (12.00%)	5 (10.00%)	
Tipo de complicación por la que ingresa el paciente			0.41
Disnea	4 (8.00%)	8 (16.33%)	
Síndrome febril	10 (20.00%)	7 (14.29%)	
Diarrea	1 (2.00%)	2 (4.08%)	
Alteración iones	3 (6.00%)	3 (6.12%)	
Suboclusión intestinal	3 (6.00%)	7 (14.29%)	
Insuficiencia cardiaca	1 (2.00%)	0 (0.00%)	
Insuficiencia respiratoria(hipoxemia)	6 (12.00%)	4 (8.16%)	
Deterioro del estado general	0 (0.00%)	1 (2.04%)	
Mal control del dolor	15 (30.00%)	11 (22.45%)	
Fracaso renal	2 (4.00%)	1 (2.04%)	
Neutropenia	0 (0.00%)	3 (6.12%)	
Otros	5 (10.00%)	2 (4.08%)	
Hábitos tóxicos del paciente			0.74
Alcohol	9 (33.33%)	6 (24.00%)	
Tabaco	13 (48.15%)	13 (52.00%)	
Otros	5 (18.52%)	6 (24.00%)	
Antecedentes psicológicos del paciente			0.33
No	39 (81.25%)	42 (87.50%)	
Sí ansiedad	2 (4.17%)	0 (0.00%)	
Sí estrés	7 (14.58%)	6 (12.50%)	
Antecedentes clínicos del paciente			0.19
Dislipemia	3 (6.52%)	2 (4.26%)	
HTA	3 (6.52%)	1 (2.13%)	
Diabetes	7 (15.22%)	5 (10.64%)	
Obesidad	4 (8.70%)	12 (25.53%)	
Insuficiencia cardiaca	4 (8.70%)	1 (2.13%)	
Insuficiencia respiratoria	14 (30.43%)	17 (36.17%)	
Fracaso renal	6 (13.04%)	2 (4.26%)	
Otros	5 (10.87%)	7 (14.89%)	
Antecedentes de cáncer en familiares del paciente			0.72
Sí	32 (65.31%)	33 (68.75%)	
No	17 (34.69%)	15 (31.25%)	
Tiempo desde el diagnóstico del paciente			0.40
1-2 años	29 (59.18%)	20 (45.45%)	
3-5 años	15 (30.61%)	19 (43.18%)	
5-10 años	5 (10.20%)	4 (9.09%)	
>10 años	0 (0.00%)	1 (2.27%)	

	Grupo Control (GC) N=50	Grupo Experimental (GE) N=50	p-valor
Cirugía realizada al paciente con cáncer			0.27
Sí, conservadora	20 (45.45%)	30 (62.50%)	
Sí, radical	5 (11.36%)	5 (10.42%)	
Sí, sin especificar	4 (9.09%)	1 (2.08%)	
No	15 (34.09%)	12 (25.00%)	
Fase de desarrollo del cáncer			0.75
1	4 (8.16%)	2 (4.00%)	
2	8 (16.33%)	7 (14.00%)	
3	10 (20.41%)	15 (30.00%)	
4	22 (44.90%)	20 (40.00%)	
Metástasis	5 (10.20%)	6 (12.00%)	
Tratamiento recibido por el paciente			0.26
QTP-1	18 (36.00%)	10 (20.41%)	
QTP-2	9 (18.00%)	14 (28.57%)	
QTP-3	8 (16.00%)	7 (14.29%)	
QTP-4	7 (14.00%)	8 (16.33%)	
QTP-5	3 (6.00%)	4 (8.16%)	
RTP	0 (0.00%)	1 (2.04%)	
HORM	3 (6.00%)	0 (0.00%)	
Mixto	2 (4.00%)	5 (10.20%)	
Otros tratamientos recibidos			0.83
Fisioterapia	24 (82.76%)	28 (87.50%)	
psicooncología	2 (6.90%)	2 (6.25%)	
Otros	3 (10.34%)	2 (6.25%)	
¿Ha recibido el paciente terapias complementarias previamente?			0.31
Si	0 (0.00%)	1 (2.00%)	
No	50 (100.00%)	49 (98.00%)	

Tabla de elaboración propia.

La aplicación de test: Realizada por la investigadora principal del proyecto (enfermera y terapeuta artística especializada en Musicoterapia y Arteterapia) en colaboración con el equipo médico y de enfermería del servicio de oncología médica del hospital. Las mediciones pre y post-intervención fueron aplicadas en los días 1 y 7 de ingreso hospitalario. Los datos recogidos incluyeron variables sociodemográficas, signos vitales y varias escalas clínicas estandarizadas.

Interpretación de test y evaluación de resultados: Fueron interpretados por el equipo investigador a partir de las escalas clínicas aplicadas en los días mencionados, garantizando la consistencia en los procedimientos entre los grupos experimental y control. Los evaluadores no participaron en la intervención creativa para asegurar la objetividad.

Tipo de intervención: Intervenciones individuales de Arteterapia y Musicoterapia en el grupo experimental, estructuradas en tres sesiones durante los primeros 7 días de hospitalización. Las sesiones se basaron en un modelo humanista-transpersonal y fueron impartidas por una terapeuta especializada en dichas disciplinas (se explica con detalle en el epígrafe 4). El grupo control no recibió ninguna intervención creativa, pero siguió el tratamiento clínico estándar bajo los mismos protocolos de seguimiento clínico que el grupo experimental.

Temporalización total del estudio: 18 meses. Las intervenciones se llevaron a cabo entre marzo de 2023 y junio de 2024, y el análisis de los datos se realizó en los meses siguientes para su posterior publicación en revistas científicas especializadas.

Escalas de medición emocional y clínica

A ambos grupos (experimental y control) se les aplicaron escalas de medición clínica al inicio del estudio (día 1) y tras la intervención (día 7). Se utilizó la técnica de retest para garantizar la fiabilidad de los resultados. Las escalas validadas empleadas incluyeron:

Ansiedad y Depresión: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), adaptada al contexto español. Esta escala mide los niveles de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados (Bjelland et al., 2002). Además para proporcionar una evaluación global de los niveles de depresión se utilizó la escala de Salud del Paciente (PHQ-9) validada en estudios previos de intervenciones en pacientes hospitalizados (Kroenke et al., 2001).

Distrés Emocional: Cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) y la Escala Termómetro de Distrés (TD), que miden el malestar psicológico y distrés emocional en pacientes con enfermedades graves. Estas escalas están validadas en población oncológica y presentan altos índices de fiabilidad y validez convergente (Limonero et al., 2012)(Donovan et al., 2014)

Dolor: Escala Visual Analógica (EVA), utilizada para medir la intensidad del dolor percibido por el paciente en una escala de 0 a 10 (Chang et al., 1990).

Funcionalidad: Índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria (BABVD), que evalúa la independencia funcional del paciente para llevar a cabo actividades diarias. Se emplearon versiones validadas en la población española oncológica (Dos Santos Barros et al., 2022).

Estado General de Salud: Escala de Salud del Paciente (PHQ-9) Estas escalas proporcionan una evaluación global del estado de salud y bienestar emocional de los pacientes, y ha sido validada en estudios previos de intervenciones en pacientes hospitalizados (Kroenke et al., 2001).

Instrumentos de valoración cualitativa: Observación directa de las sesiones por parte de la terapeuta artística y entrevistas semiestructuradas realizadas a los pacientes del grupo experimental después de las sesiones, con el fin de capturar las experiencias subjetivas y emocionales que no pueden ser cuantificadas por las escalas tradicionales.

Tabla 3. Resumen grupo control y grupo experimental. Resumen del protocolo del estudio.

	Día 1 INICIO DEL ESTUDIO	Día 7 CIERRE DEL ESTUDIO
Datos sociodemográficos, epidemiológicos, socio-patológicos	X	X
Datos clínicos: Signos Vitales y Escala EVA	X	X
BABVD	X	X
DME/TD	X	X
HADS	X	X
CGI	X	X
PHQ9	X	X

	(PRE-ESTUDIO) Día 1 INICIO DEL ESTUDIO	1ª Intervención		2ª Intervención		3ª Intervención Día 7 CIERRE DEL ESTUDIO
		Pre1	Post1	Pre2	Post2	
Consentimiento informado y de grabación	X					
Datos sociodemográficos, epidemiológicos, socio-patológicos	X					X
Datos clínicos: Signos Vitales y Escala EVA.		X	X	X	X	
BABVD	X					X
DME/TD	X			X		X
HADS	X					X
CGI	X	X		X		X
PHQ9	X					X
Hoja registro MTP y ATP (Continuidad intervención)	X	X	X	X	X	X

Tablas de elaboración propia.

4. Programa de intervención mediante terapias creativas

El estudio comenzó con la inclusión de pacientes en la planta de hospitalización del servicio de oncología médica. Los pacientes que ingresaron en días impares fueron asignados al grupo control, mientras que los que ingresaron en días pares fueron asignados al grupo experimental.

Tras la obtención del consentimiento informado, se recogieron datos demográficos, clínico-patológicos y se aplicaron las escalas pre-estudio.

Las intervenciones creativas en el grupo experimental se realizaron durante los primeros 7 días de hospitalización. Cada intervención, de 40 minutos, se dividió en tres fases: inicio y creación de vínculo (10 minutos), actividad artística o musical (20 minutos), y procesamiento y cierre (10 minutos). Los instrumentos musicales y artísticos utilizados fueron personalizados según las preferencias y capacidades de cada paciente.

Al finalizar el periodo de intervención, se volvieron a aplicar las mismas escalas en ambos grupos (día 7). Los datos recogidos fueron codificados y analizados estadísticamente utilizando el paquete SPSS, con el fin de comparar los resultados entre los grupos experimental y control.

El estudio se desarrolló en la planta de hospitalización del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Doce de Octubre. Este hospital es un referente en el tratamiento oncológico en España, y su equipo multidisciplinar permitió el desarrollo del proyecto de manera integral y coordinada. Se contó con el apoyo de las áreas de medicina (interna, oncohematología y paliativos), enfermería, psicooncología y trabajo social, asegurando así un abordaje centrado en la persona, acorde con los principios de la medicina humanista.

Innovación tecnológica en Arteterapia y Musicoterapia el entorno hospitalario

En las intervenciones 1 y 2, con el fin de optimizar el tiempo y garantizar que los pacientes comprendieran fácilmente las actividades, se preparó un vídeo explicativo y creativo que se visualizaba al inicio de cada sesión. Este enfoque no solo permitió a la terapeuta preparar los materiales con antelación, sino que también hizo que las intervenciones fueran más dinámicas y fluidas. El uso de este recurso minimizó las interrupciones dentro de la dinámica hospitalaria y maximizó el tiempo efectivo de cada sesión, un factor crucial en el contexto clínico.

Para crear un ambiente inmersivo sin recurrir a costosas tecnologías de realidad virtual, se utilizaron dispositivos como un proyector portátil que proyectaba imágenes en las paredes de la habitación. Esto ayudó a los pacientes a sumergirse en la actividad artística, proporcionando una experiencia envolvente que facilitó la introspección y la expresión emocional. La elección de este equipamiento se alineó con las limitaciones presupuestarias del estudio, ya que el proyecto no estaba financiado y los recursos fueron proporcionados por la investigadora principal, quien además de ser enfermera, actuó como terapeuta creativa.

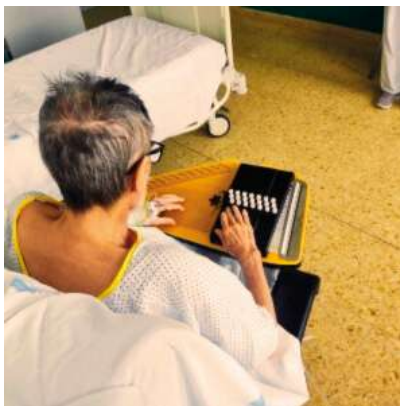


Figura 1. Paciente oncológico en improvisación musical con un arpa como expresión personal durante una intervención de Musicoterapia y Arteterapia.

Fuente: Paciente anónimo, 2024.

El uso de tecnologías digitales, como el iPad y el Apple Pencil, permitió mantener las intervenciones higiénicas y prácticas dentro del entorno hospitalario. Estas herramientas resultaron especialmente valiosas para pacientes que requerían un manejo más controlado de los materiales, evitando la necesidad de transportar o manipular grandes cantidades de recursos físicos. No obstante, en intervenciones específicas que requerían un contacto físico más directo con los materiales, se priorizó el uso de materiales tradicionales como arcillas y pinturas. Este enfoque híbrido entre lo digital y lo manual permitió una experiencia integral, donde los pacientes pudieron alternar entre la tecnología y el contacto directo con los materiales, dependiendo de sus necesidades y preferencias (Baños Díez & Guardiola Pereira, 2024).

Recursos utilizados en todas las intervenciones

Tecnología: Se utilizó un iPad con Apple Pencil para la creación artística digital, así como un ordenador portátil que empleó los sistemas seguros del hospital para la protección de datos. Adicionalmente, se incorporó un proyector portátil para crear entornos visuales inmersivos.

Aplicaciones digitales: Se emplearon aplicaciones como Procreate, Adobe Color, Google Arts & Culture, Tayasui Sketches y Zen Brush para facilitar la creación artística. Para la reproducción musical, se utilizaron plataformas de streaming como Spotify y YouTube Music, con listas seleccionadas específicamente para acompañar las sesiones.

Materiales plásticos: En las intervenciones físicas, se utilizaron recursos como arcilla, plastilina, pinturas acrílicas, acuarelas, lápices de colores, rotuladores, y papeles de diferentes texturas y grosores. Además, se incluyeron materiales reciclables, alineados con un enfoque económico y sostenible.

Instrumentos musicales: La Musicoterapia se apoyó en instrumentos como la guitarra, el teclado, el arpa y diversos instrumentos de percusión. Se emplearon altavoces y auriculares para facilitar la reproducción de música pasiva o activa durante las sesiones.

Mesas adaptadas: Se utilizaron mesas ergonómicas, específicamente para facilitar la creación artística en el entorno hospitalario, adaptándose a las necesidades de los pacientes y garantizando un espacio cómodo y funcional para el desarrollo de las intervenciones.



Figura 2. Contacto emocional y sensitivo a través del tacto entre las manos del paciente y el profesional sanitario.

Fuente: Elaboración propia, 2024.

El programa de intervención diseñado para este estudio integra Musicoterapia y Arteterapia basadas en modelos humanistas y transpersonales. Cada intervención fue cuidadosamente individualizada, siendo estructurada teniendo en cuenta las capacidades físicas y emocionales de cada paciente, permitiéndoles expresar, procesar y comprender sus emociones a través del arte y la música, facilitando la reducción de la ansiedad, el estrés emocional y la depresión.

Este enfoque integral permitió que las sesiones combinaran la exploración emocional y la creación artística con el bienestar físico y mental, brindando una experiencia terapéutica adaptada a las circunstancias específicas de cada persona.

1ª Intervención: Coloreando emociones

Esta intervención busca permitir la expresión emocional a través de la asociación de emociones y colores. Basada en la obra del artista Marc Chagall (Chagall et al., 2003), quien utilizó el color para transmitir sus vivencias emocionales, la intervención pretende ayudar a los pacientes a reconocer, comprender y expresar sus emociones mediante la creación artística y el uso del color.

Los pacientes, tras una introducción a la vida y obra de Chagall, asocian colores con emociones que han experimentado durante su estancia hospitalaria. A través del uso de aplicaciones digitales como Tayasui Sketches, Zen brush o Procreate, los pacientes realizan sus propias creaciones abstractas mientras reflexionan sobre sus estados emocionales. Esta fase intermedia se complementa con música pasiva que acompaña y facilita la introspección. La intervención finaliza con una puesta en común, donde los pacientes reflexionan sobre sus obras y las emociones que han plasmado.

La duración fue de 40 minutos, divididos en 10 minutos de introducción y preparación, 20 minutos de creación artística y 10 minutos de reflexión y cierre.



Figura 3. Paciente oncológico usando la Tablet durante la 1ª intervención relacionada con colores y emociones.

Fuente: Elaboración propia, 2024.

2ª Intervención: Liberación emocional y escucha sensible

La segunda intervención se centra en la relación entre la música y las emociones, inspirada en las teorías del pintor abstracto Wassily Kandinsky (Kandinsky, 2021), quien creía en la sinestesia entre sonido, color y emoción. Los pacientes aprenderán a conectar sus emociones con formas abstractas y sonidos musicales.

Tras visualizar un vídeo sobre la obra «Amarillo, rojo y azul» de Kandinsky², los pacientes escuchan la «Cabalgata de las Walkirias» de Wagner y se les invita a expresar sus emociones a través de trazos abstractos en una aplicación digital. Esta intervención busca conectar las emociones internas con la expresión artística a través del ritmo, las formas y los colores. La música facilita la inmersión emocional, permitiendo a los pacientes identificar y liberar sus sentimientos.

La duración fue de 40 minutos, divididos en 10 minutos de introducción y visualización, 20 minutos de creación artística y 10 minutos de reflexión y cierre.



Figura 4. Paciente oncológico realizando una creación artística inspirada en la intervención 2ª intervención.

Fuente: Elaboración propia, 2024.

3ª Intervención: Espacio de evasión a través de un entorno musical

Esta intervención busca generar un espacio de relajación y calma para los pacientes, utilizando técnicas de mindfulness y relajación progresiva combinadas con la música (Birnie et al., 2010; Köhler et al., 2020; Phillips & Becker, 2019; van den Hurk et al., 2015) El objetivo es reducir los niveles de ansiedad y estrés, fomentando la aceptación y regulación emocional.

Los pacientes participan en una sesión guiada de relajación, utilizando técnicas de respiración profunda y visualización creativa. La música seleccionada para la intervención está diseñada para acompañar los

² Acceso al vídeo introductorio de la 2ª intervención, disponible en el enlace: <https://youtu.be/5AK2P7ISQSY>

estados de relajación profunda, mientras los pacientes trabajan en la visualización de entornos tranquilos y seguros. La intervención finaliza con una reflexión sobre la experiencia vivida y su impacto emocional.

La duración fue de 40 minutos, divididos en 10 minutos de preparación, 20 minutos de relajación guiada y 10 minutos de reflexión y cierre.

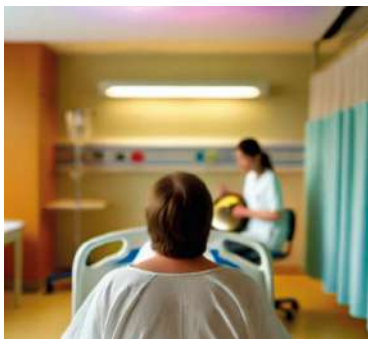


Figura 5. Paciente oncológico en la intervención 3ª intervención relacionada con la relajación.

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Tabla 4. Resumen sobre la duración intervenciones, objetivos y desarrollo del estudio del grupo experimental.

		OBJETIVOS	DESARROLLO	
ESTUDIO	PRE-ESTUDIO	Informar sobre el estudio y resolver dudas. Firmar consentimientos. Ubicar intervenciones 1,2,3.	Presentación Entrega de firmas. Recogida de datos del estudio.	
	El estudio se desarrolla durante los 7 primeros días del ingreso del paciente en el Servicio de Oncología Médica.	1ª Intervención <i>«Coloreando emociones.»</i> (40min)	<ul style="list-style-type: none"> - Expresar y trabajar las emociones a través de la Musicoterapia y la Arteterapia. - Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el distrés en el paciente. - Reconocer las emociones y los colores. - Identificar la relación entre las emociones propias y su asociación con los diferentes colores. - Reflexionar sobre las emociones. - Comprender las emociones. - Favorecer el autoconocimiento emocional. - Fomentar un espacio de expresión y emocional a través del proceso creativo. - Favorecer la expresión emocional a través del color. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuentro, preparación y explicación de la actividad. - Relación emociones, colores vida y obras de Marc Chagall. - Si procede, facilitar expresión creativa. - Puesta en común. - Reflexión y cierre. - Cumplimentación de recogida de datos del estudio correspondientes a la 1ª intervención.
		2ª Intervención <i>«Liberación emocional y escucha sensible.»</i> (40min)	<ul style="list-style-type: none"> - Expresar y trabajar las emociones a través de la Musicoterapia y la Arteterapia. - Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el distrés en el paciente. - Percibir e identificar las emociones en uno mismo y en los demás. - Comprender que no existen emociones «buenas» o «malas». - Descubrir la relación de la música, el arte plástico y las emociones propias. - Trabajar el punto, la línea, las formas geométricas, el color y la disposición en el plano como elementos de expresión de estados emocionales y de sentimientos. - Fomentar un espacio de expresión emocional a través del proceso creativo. - Favorecer la regulación emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuentro, preparación y explicación de la actividad. - Visualización de un video sobre Wassily Kandinsky y su obra: «Amarillo, rojo y azul». - Representación de un dibujo abstracto mientras se realiza una escucha activa de la canción: «Cabalgata de las Walkirias. Richard Wagner.» - Puesta en común. - Reflexión y cierre. - Cumplimentación de recogida de datos del estudio correspondientes a la 2ª intervención.
	CIERRE DEL ESTUDIO	3ª Intervención <i>«Espacio de evasión a través de un entorno musical.»</i> (40min)	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar herramientas que favorezcan la disminución de la ansiedad, la depresión y el distrés en el paciente a través de la Musicoterapia y la Arteterapia. - Generar un espacio de relajación que fomente un espacio de expresión emocional a través de las distintas técnicas de relajación. - Favorecer la regulación emocional, aceptación vital y proceso de enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuentro, preparación y explicación de la actividad. - Utilización de diferentes técnicas de relajación según la necesidad del paciente. - Reflexión y cierre. - Cumplimentar recogida final de datos del estudio.

Tabla de elaboración propia.

5. Resultados

A lo largo del estudio, se recogieron datos tanto cuantitativos como cualitativos, utilizando plataformas como Qualtrics y Redcap para la recogida de datos. Los análisis estadísticos fueron llevados a cabo con programas como SPSS 29 (IBM) y Stata InterCooled versión 16 (StataCorp LLC). Estos datos reflejaron el impacto positivo de las intervenciones en la salud emocional de los pacientes oncológicos.

El enfoque innovador que integra tanto el uso de tecnologías accesibles como métodos terapéuticos tradicionales ha demostrado ser efectivo en la mejora de la experiencia emocional de los pacientes, facilitando su proceso de recuperación en un entorno hospitalario que, de por sí, plantea grandes desafíos emocionales y físicos.

A continuación, se realiza una descripción e interpretación de los resultados clínicos y emocionales para el grupo control y experimental. En ambos grupos se evaluaron los cambios en las constantes vitales, percepción del control del dolor, nivel de autonomía funcional y estado emocional: ansiedad, depresión y distrés de los pacientes.

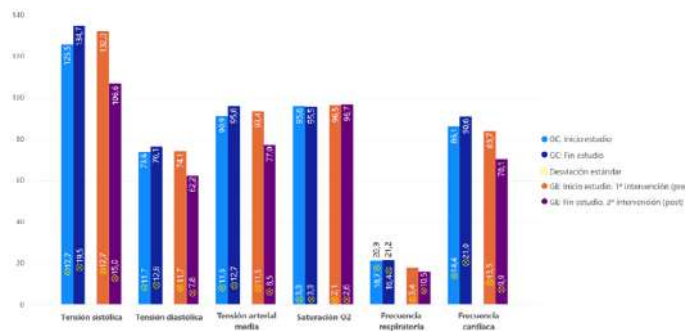
Parámetros fisiológicos. Se evaluaron valores de presión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y saturación de oxígeno.

Grupo Control (GC): Los valores de presión arterial sistólica mostraron un aumento significativo de 125.50 ± 17.74 mmHg al inicio a 134.68 ± 19.49 mmHg al final ($p = 0.016$). Sin embargo, otros parámetros como la presión arterial diastólica ($p = 0.30$) y la frecuencia cardíaca ($p = 0.21$) no mostraron cambios estadísticamente significativos.

Grupo Experimental (GE): En contraste, el GE mostró una reducción significativa en la presión arterial sistólica desde 131.98 ± 17.74 mmHg a 106.64 ± 15.00 mmHg ($p < 0.001$), así como en la presión arterial diastólica ($p < 0.001$). La frecuencia cardíaca también disminuyó notablemente, de 83.70 ± 13.50 bpm a 70.06 ± 9.90 bpm ($p < 0.001$). Estos resultados sugieren que las intervenciones de Arteterapia y Musicoterapia influyeron de manera positiva en la regulación hemodinámica y en la reducción del estrés.

La comparativa entre ambos grupos muestra diferencias significativas en la evolución de las constantes vitales, con una mejora sustancial en la presión arterial y la frecuencia cardíaca en el GE, en contraste con el aumento observado en el GC, lo que subraya el impacto positivo de las intervenciones terapéuticas en la regulación fisiológica de los pacientes.

Gráfico 1. Grupo control (GC) y Grupo experimental (GE) Resultados Constantes vitales Inicio y Fin de estudio.



Fuente: Elaboración propia.

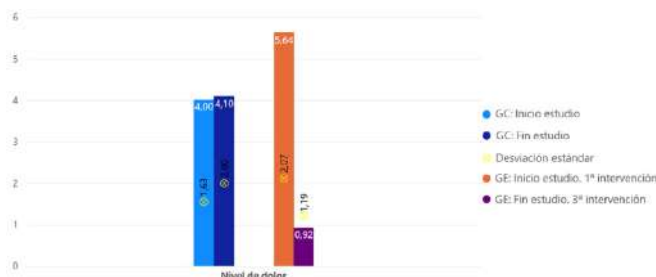
Control del dolor. La Escala Visual Analógica (EVA) se utilizó para medir la intensidad del dolor en ambos grupos.

Grupo Control (GC): El nivel de dolor se mantuvo prácticamente estable, con una media de 4.00 ± 1.63 al inicio y 4.10 ± 2.00 al final ($p = 0.78$), indicando que el manejo farmacológico estándar del dolor proporcionó una estabilidad relativa pero sin mejoras adicionales.

Grupo Experimental (GE): En el GE, se observó una reducción significativa en el dolor desde 5.64 ± 2.07 al inicio a 0.92 ± 1.19 al final ($p < 0.001$). Esta disminución fue constante a lo largo de las intervenciones, con una reducción del dolor del 77.5% al término de la tercera intervención.

La comparativa entre ambos grupos revela una diferencia significativa, con el GE mostrando una disminución promedio del dolor mucho mayor que en el GC, sugiriendo que las intervenciones complementarias de Arteterapia y Musicoterapia pueden contribuir a una mayor percepción de alivio del dolor, complementando los tratamientos farmacológicos.

Gráfico 2. Grupo control (GC) y Grupo experimental I (GE) Resultados Escala EVA Inicio y Fin de estudio.



Fuente: Elaboración propia.

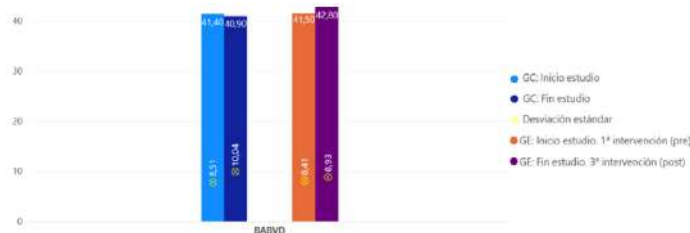
Autonomía funcional. El Índice de Barthel se utilizó para evaluar la capacidad de los pacientes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Grupo Control (GC): Se observó una disminución en la autonomía funcional, con una puntuación promedio que descendió de 41.40 ± 8.51 a 40.90 ± 10.04 al final del estudio ($p = 0.79$).

Grupo Experimental (GE): En el GE, aunque no se alcanzó significancia estadística, se observó una tendencia hacia la mejora en la autonomía funcional, con un aumento de 41.50 ± 8.41 a 42.80 ± 8.93 ($p = 0.46$). Esto sugiere que las intervenciones podrían estar relacionadas con una mejora en la percepción de la capacidad funcional y la motivación de los pacientes.

La comparativa entre los grupos mostró que, aunque la mejora en el GE no fue significativa, la tendencia positiva en la autonomía funcional sugiere un efecto beneficioso de las intervenciones en la percepción del bienestar y la capacidad de los pacientes para realizar actividades cotidianas.

Gráfico 3. Grupo control (GC) y Grupo experimental (GE) Resultados BABVD Inicio y Fin de estudio.



Fuente: Elaboración propia.

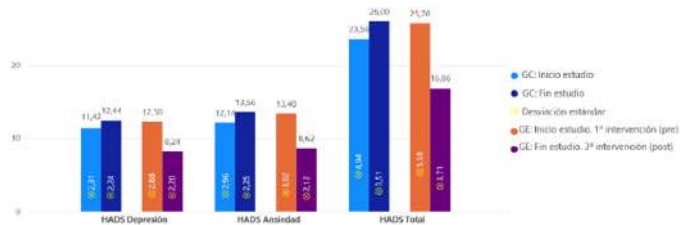
Estado emocional: ansiedad y depresión. Se utilizó la escala HADS para medir los síntomas de ansiedad y depresión.

Grupo Control (GC): Hubo un empeoramiento en los síntomas emocionales, con la puntuación total de HADS aumentando significativamente de 23.56 ± 4.94 a 26.00 ± 3.51 ($p = 0.005$). La depresión aumentó de 11.42 ± 2.31 a 12.44 ± 2.24 ($p = 0.027$), y la ansiedad de 12.14 ± 2.96 a 13.56 ± 2.25 ($p = 0.008$).

Grupo Experimental (GE): El GE mostró una reducción significativa en los síntomas emocionales, con la puntuación total de HADS disminuyendo de 25.70 ± 5.38 a 16.86 ± 3.71 ($p < 0.001$). En particular, la depresión disminuyó de 12.30 ± 2.88 a 8.24 ± 2.20 ($p < 0.001$) y la ansiedad de 13.40 ± 3.02 a 8.62 ± 2.12 ($p < 0.001$).

La comparativa entre los grupos mostró diferencias significativas, con una notable mejora en el bienestar emocional en el GE, en contraste con el empeoramiento observado en el GC, lo que subraya el impacto positivo de las intervenciones en la reducción de la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos.

Gráfico 4. Grupo control (GC) y Grupo experimental (GE) Resultados HADS Inicio y Fin de estudio.



Fuente: Elaboración propia.

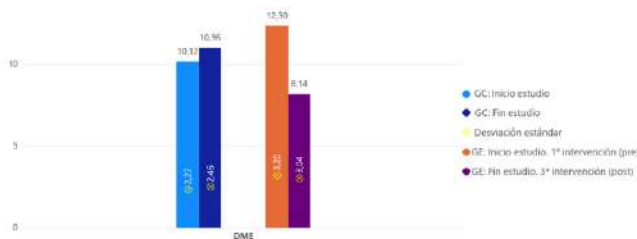
Malestar emocional: distrés emocional. Se utilizó el Cuestionario DME y el Termómetro de Distrés fueron utilizados para evaluar el malestar emocional.

Grupo Control (GC): El malestar emocional, medido por el DME, se mantuvo relativamente estable con un ligero aumento de 10.12 ± 2.27 a 10.96 ± 2.46 ($p = 0.081$). En el Termómetro de Distrés, hubo un aumento significativo en el nivel de distrés, de 6.38 ± 1.74 a 7.84 ± 1.75 ($p < 0.001$).

Grupo Experimental (GE): El GE mostró una disminución significativa en el malestar emocional, con una reducción en el DME de 12.30 ± 2.39 a 8.14 ± 2.21 ($p < 0.001$). En el Termómetro de Distrés, la puntuación media disminuyó de 7.60 ± 1.58 a 2.32 ± 1.35 ($p < 0.001$).

La comparativa entre los grupos mostró diferencias significativas, con el GE experimentando una notable reducción del malestar emocional, en contraste con el aumento observado en el GC.

Gráfico 5. Grupo control (GC) y Grupo experimental (GE) Resultados DME Inicio y Fin de estudio.



Fuente: Elaboración propia.

Resultados obtenidos

Los resultados tanto cuantitativos como cualitativos evidencian que las intervenciones de Arteterapia y Musicoterapia tuvieron un impacto positivo en la salud emocional y física de los pacientes. Las diferencias significativas observadas en la reducción del dolor, el distrés emocional, la ansiedad y la depresión en el GE, en contraste con el GC, sugieren que estas terapias complementarias pueden ser herramientas valiosas para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos hospitalizados.

Sobre las intervenciones en el grupo experimental. Las tres intervenciones desarrolladas en este estudio reflejan un enfoque innovador y profundamente fundamentado en el uso del arte y la música como herramientas terapéuticas en la oncología. Cada intervención fue diseñada no solo para abordar el malestar emocional de los pacientes, sino para ofrecer un espacio de expresión creativa que facilitara la introspección y la regulación emocional.

Primera Intervención: Coloreando Emociones

Esta intervención, inspirada en la obra de Marc Chagall, permitió a los pacientes explorar la relación entre emociones y colores. Los resultados indican que los pacientes lograron identificar y expresar mejor sus emociones, lo que contribuyó significativamente a la reducción de la ansiedad y la depresión. Estudios previos han señalado que la externalización emocional a través del arte facilita el procesamiento de sentimientos complejos, especialmente en pacientes que enfrentan enfermedades crónicas como el cáncer (Archer et al., 2015; Case & Dalley, 2014; Liu et al., 2022; Shella, 2018; Zhou et al., 2023b).

Segunda Intervención: Liberación Emocional y Escucha Sensible

Basada en las teorías de Wassily Kandinsky, esta intervención demostró ser efectiva para reducir el estrés emocional mediante la combinación de música y arte abstracto. La sinergia entre el arte y la música proporcionó a los pacientes una vía no verbal para procesar sus emociones, permitiendo una liberación emocional profunda. Estos resultados concuerdan con estudios previos que sugieren que las experiencias multisensoriales pueden facilitar la regulación emocional y reducir el malestar psicológico en pacientes oncológicos (Alwiedat et al., 2023; Laranjeira & Querido, 2023; Martí et al., 2023).

Tercera Intervención: Espacio de Evasión a través de un Entorno Musical

La última intervención, que combinó técnicas de mindfulness con Musicoterapia, resultó en una reducción significativa de los niveles de ansiedad y estrés. La música, en combinación con las técnicas de relajación, ayudó a los pacientes a desarrollar herramientas prácticas para manejar sus emociones y aceptar mejor su situación vital. Este hallazgo está en línea con investigaciones recientes que destacan los beneficios de la Musicoterapia para reducir el estrés y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos (Barbot et al., 2022; Gencer et al., 2019; Trigueros-Murillo et al., 2023).



Figura 6. Ilustra la creación artística de un paciente oncológico, en esta ocasión a través del dibujo y la arcilla como elemento de cierre de la intervención 1ª en donde trabajamos las emociones con materiales plásticos.

Fuente: Paciente anónimo, 2024.

El análisis cualitativo de los testimonios reveló cómo las intervenciones creativas ayudaron a los pacientes a reconectar con sus emociones y a humanizar su tratamiento oncológico. Las entrevistas semiestructuradas, realizadas antes y después de las sesiones, mostraron mejoras emocionales significativas, destacando la importancia de integrar enfoques que atiendan tanto el bienestar físico como el emocional. Los testimonios se agruparon en seis categorías principales:

Sentimientos de aislamiento y conexión: La mayoría de los pacientes mencionó haber sentido un profundo aislamiento debido a la enfermedad y el ambiente hospitalario. Sin embargo, las intervenciones les permitieron reconectar consigo mismos y con los demás. Un paciente (P12) expresó sentirse «más comprendido y menos solo» al poder expresar sus emociones a través del arte.

Resistencia inicial y aceptación: Algunos pacientes mostraron resistencia inicial a participar, sintiéndose agobiados por las pruebas médicas y los tratamientos. A medida que avanzaban en las sesiones, muchos experimentaron un cambio de actitud. Un ejemplo notable es P33, quien comentó que la Arteterapia le ofreció un espacio para explorar sus emociones y aceptar su situación, lo que resultó en una mayor serenidad.

Gratitud hacia el personal: Los pacientes expresaron gratitud hacia el personal médico, destacando la dedicación y el apoyo emocional que recibieron. Un paciente (P49) agradeció especialmente la calidez y atención del equipo de enfermería, quienes según él, «hicieron que el hospital se sintiera menos frío».

Manejo del estrés y la ansiedad: Las intervenciones ayudaron a los pacientes a manejar el estrés y la ansiedad asociados a su condición. Un paciente (P48) mencionó cómo las sesiones de mindfulness le enseñaron a encontrar «paz en medio del caos».

Expresión de miedos y emociones profundas: Las intervenciones permitieron a los pacientes expresar emociones profundas, incluyendo sus miedos respecto al tratamiento y la enfermedad. P17 habló de cómo la Arteterapia le permitió expresar su sufrimiento de manera segura, lo que resultó en un alivio inesperado.

Sensación de esperanza y resignación: Aunque algunos pacientes encontraron esperanza en la mejora de sus síntomas, otros se resignaron al curso de la enfermedad, pero encontraron consuelo en la música y el arte. P43 describió cómo las sesiones le proporcionaron una «sensación de paz» a pesar de su pronóstico grave.



"Juntos como instrumentos, en sintonía,
Pacientes, familias, y manos que cuidan,
Paz en traspasar, con fuerza y fe,
Cada día es nuevo, hacia el renacer.
El arte de sanar, en cuerpo y alma,
Sanitarios apoyan, con calma y sin pausa,
En este camino, sin importar la pena,
Estamos aquí, acompañando al artista."

Figura 7. Poema realizado por un paciente en agradecimiento al día a día de la unidad.

Fuente: Paciente anónimo, 2024.

6. Discusión

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la eficacia de las intervenciones de Arteterapia y Musicoterapia en la reducción de la ansiedad, depresión y distrés en pacientes adultos oncológicos hospitalizados. Los resultados obtenidos muestran una disminución significativa en las puntuaciones de ansiedad y depresión (HADS, PHQ-9) y distrés (TD, DME) en el grupo experimental (GE) en comparación con el grupo control (GC). Estos hallazgos confirman la efectividad de estas intervenciones complementarias en el manejo del malestar emocional en pacientes oncológicos, alineándose con la literatura previa que subraya los beneficios de las terapias creativas en el entorno clínico.

Además de los efectos emocionales, los resultados sugieren que las intervenciones creativas contribuyen a una mejora general en el bienestar de los pacientes, impactando no solo en los síntomas emocionales, sino también en los parámetros fisiológicos y el dolor, como se detalla en las subsecciones siguientes. Esto apoya la necesidad de integrar enfoques multidisciplinarios que aborden las dimensiones físicas y emocionales de la enfermedad oncológica, proporcionando una atención integral al paciente.

El análisis sociodemográfico y clínico refuerza la importancia de adaptar las intervenciones terapéuticas a las características individuales de los pacientes. La diversidad observada en los niveles educativos, ocupacionales y las estructuras familiares subraya la necesidad de personalizar las intervenciones creativas para maximizar su eficacia en diferentes contextos.

La comparabilidad de los grupos experimental y control en términos de edad, género, nivel educativo y complicaciones clínicas refuerza la validez interna del estudio, garantizando que las diferencias observadas puedan atribuirse a las intervenciones aplicadas.

Los efectos positivos de las intervenciones no se limitaron a los aspectos emocionales, sino que también incluyeron mejoras significativas en los parámetros fisiológicos. En el GE, se observó una disminución considerable en la presión arterial y la frecuencia cardíaca, lo que indica una reducción del estrés y la ansiedad. Estos resultados coinciden con investigaciones que han demostrado que las intervenciones creativas pueden modular las respuestas fisiológicas al estrés, mejorando el bienestar general de los pacientes.

La mejora en la percepción del control del dolor en el GE, con una reducción del dolor en un 77.5% según la Escala EVA, refuerza el valor de estas intervenciones como complemento del tratamiento farmacológico del dolor, ofreciendo a los pacientes herramientas adicionales para manejar el dolor de manera efectiva (Mao et al., 2022; Samuels & Ben-Arye, 2024).

Si bien el aumento en el Índice de Barthel (BABVD) no alcanzó significancia estadística, la tendencia observada hacia una mejora en la autonomía funcional sugiere que las intervenciones podrían tener un impacto positivo en la capacidad de los pacientes para llevar a cabo actividades cotidianas. Este hallazgo preliminar destaca la necesidad de investigaciones adicionales que exploren más a fondo la relación entre las terapias creativas y la recuperación funcional en pacientes con cáncer.



Figura 8. Pacientes oncológicos participando en las intervenciones de Arteterapia y Musicoterapia durante el desarrollo del proyecto en la unidad.

Fuente: Pacientes anónimos, 2024.

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta varias limitaciones. Primero, el diseño cuasi-experimental, aunque adecuado para el entorno clínico, no permitió una aleatorización completa, lo que podría haber introducido sesgos en la asignación de los grupos. No obstante, la distribución según la fecha de ingreso (par o impar) ayudó a equilibrar los grupos. Además, el tamaño de la muestra, aunque suficiente para obtener resultados significativos, puede limitar la generalización de los hallazgos. Futuras investigaciones deben utilizar muestras más grandes y aleatorias para fortalecer la validez externa.

Otra limitación es la corta duración del estudio, que impide evaluar los efectos a largo plazo de las intervenciones. Estudios futuros deben centrarse en diseños longitudinales que analicen el impacto de la Arteterapia y Musicoterapia en el bienestar emocional y físico de los pacientes oncológicos durante periodos prolongados.

Implicaciones clínicas y futuras investigaciones

Este trabajo refuerza la integración de Arteterapia y Musicoterapia en los protocolos clínicos oncológicos, mostrando que estas intervenciones complementarias no solo mejoran el bienestar emocional al reducir la ansiedad, depresión y distrés, sino que también favorecen la salud física al modular el estrés y mejorar parámetros fisiológicos clave. Los resultados apoyan un enfoque holístico del tratamiento del cáncer, donde las terapias creativas complementan los tratamientos médicos.

La utilización de herramientas estándar como HADS, PHQ-9, TD y DME ha sido esencial para evaluar los efectos emocionales y fisiológicos de estas intervenciones. No obstante, para una evaluación más precisa, se requiere desarrollar y validar instrumentos específicos para medir el impacto de Arteterapia y Musicoterapia en pacientes con cáncer (Rodgers-Melnick et al., 2022).

Actualmente, se está llevando a cabo un proyecto paralelo de traducción, adaptación cultural y validación de las escalas *Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS)* y *Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS)* (Haeyen & Noorthoorn, 2021; Raglio et al., 2017), con el apoyo de la Universidad Francisco de Vitoria. Este avance proporcionará herramientas más necesarias para evaluar la efectividad de estas intervenciones en diversas dimensiones del bienestar.

Futuras investigaciones deben centrarse en estudios de seguimiento a largo plazo e incluir poblaciones más amplias y diversas, lo que fortalecerá la evidencia científica sobre las terapias creativas y permitirá una evaluación más completa de su impacto en el bienestar emocional, físico y funcional de los pacientes oncológicos.

7. Conclusiones

Este estudio confirma que las intervenciones de Arteterapia y Musicoterapia son efectivas en la reducción significativa de la ansiedad, depresión y distrés emocional en pacientes oncológicos adultos hospitalizados, tal como lo demuestran las evaluaciones realizadas con herramientas como HADS, PHQ-9, DME y el Termómetro de Distrés. Estas intervenciones, no solo mejoraron el bienestar emocional, sino que también influyeron positivamente en la percepción del dolor, mostrando su potencial para complementar los tratamientos farmacológicos y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Además, se observó un impacto positivo en la regulación del estrés cardiovascular parámetros fisiológicos clave, como una disminución significativa en la presión arterial sistólica y diastólica, así como en la frecuencia cardíaca, contribuyendo al bienestar físico de los pacientes sin afectar negativamente la función respiratoria.

Si bien no se registraron mejoras estadísticamente significativas en la autonomía funcional, medida mediante el índice BABVD, los pacientes del grupo experimental mostraron una tendencia positiva en este aspecto, lo que sugiere el potencial de estas terapias para influir en la percepción de capacidad y autonomía.

La personalización de las intervenciones, adaptadas a las necesidades y preferencias individuales de los pacientes, fue un factor clave en su éxito, reforzando la importancia de un enfoque humanizado y multidisciplinar en la atención oncológica integrativa.

Finalmente, se recomienda la realización de estudios longitudinales para evaluar los efectos a largo plazo de estas intervenciones y validar herramientas más específicas que permitan medir con mayor precisión su impacto en el bienestar integral de los pacientes oncológicos.

Referencias

- Chang, C.L., Combs, J.B. & Stachowitz, R.A. (1990). A report on the Expert Systems Validation Associate (EVA), Expert Systems with Applications, Vol. 1 (3) pp. 217-230 [https://doi.org/10.1016/0957-4174\(90\)90003-D](https://doi.org/10.1016/0957-4174(90)90003-D).
- Abu-Odah, H., Sheffield, D., Hogan, S., Yorke, J. & Molassiotis, A. (2024a). Effectiveness of creative arts therapy for adult patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 32. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08582-4>
- Alwledat, K., Al-Amer, R., Ali, A.M., Abuzied, Y., Adnan Khudeir, F., Alzahrani, N.S., Alshammari, S.R., AlBashtawy, M., Thananayagam, T. & Dehghan, M. (2023). Creative Art Therapy for Improving Depression, Anxiety, and Stress in Patients with Stroke: A Quasi-Interventional Study. *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608231160473. <https://doi.org/10.1177/23779608231160473>
- Archer S, Buxton S. & Sheffield D. (2015). The effect of creative psychological interventions on psychological outcomes for adult cancer patients: A systematic review of randomised controlled trials: CPis for cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, 24(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/pon.3607>

- Baños Díez J. E & Guardiola Pereira E. (2024). La convivencia entre la tecnología y el humanismo médico. *Medicina Clínica Práctica*, 7(3), 100437. <https://doi.org/10.1016/j.mcpsp.2024.100437>
- Barbot, B., Piering, K., Horcher, D. & Baudoux, L. (2022). Creative recovery: Narrative creativity mitigates identity distress among young adults with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 40(3), 315-330. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1907498>
- Birnie, K., Garland, S. N. & Carlson, L.E. (2010). Psychological benefits for cancer patients and their partners participating in mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Psycho-Oncology*, 19(9), 1004-1009. <https://doi.org/10.1002/pon.1651>
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T.T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00296-3)
- Bosman, J.T., Bood, Z.M., Scherer-Rath, M., Dörr, H., Christophe, N., Sprangers, M.A.G. & van Laarhoven, H.W.M. (2021). The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: A systematic literature review. *Supportive Care in Cancer*, 29(5), 2289-2298. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05869-0>
- Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D. & Magill, L. (2011). *Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub2>
- Case, C., & Dalley, T. (2014). *The Handbook of Art Therapy*. Routledge.
- Chagall, M., Markovich Efras, A., Harshav, B. & Harshav, B. (2003). *Marc Chagall on Art and Culture: Including the First Book on Chagall's Art by A. Efras and Ya. Tugendhold (Moscow, 1918)*. Stanford University Press.
- Collette, N., Sola, I., Bonfill, X. & Pascual, A. (2022). Art Therapy in Advanced Cancer. A Mapping Review of the Evidence. *Current Oncology Reports*, 24(12), 1715-1730. <https://doi.org/10.1007/s11912-022-01321-0>
- Donovan, K., Grassi, L., McGinty, H. & Jacobsen, P. (2014). Validation of the Distress Thermometer worldwide: State of the science. *Psychooncology*, 23. <https://doi.org/10.1002/pon.3430>
- Dos Santos Barros, V., Bassi-Dibai, D., Guedes, C. L. R., Morais, D. N., Coutinho, S. M., de Oliveira Simões, G., Mendes, L. P., da Cunha Leal, P., & Dibai-Filho, A. V. (2022). Barthel Index is a valid and reliable tool to measure the functional independence of cancer patients in palliative care. *BMC Palliative Care*, 21(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01017-z>
- Gencer, D., Diel, A., Klotzbach, K., Christians, K., Rauch, M., Meissner, R., Weiß, C., Hofmann, W.K. & Hofheinz, R.D. (2019). Cancer patients and music: (Prospective) results from a survey to evaluate potential complementary treatment approaches. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 145(8), 2141-2148. <https://doi.org/10.1007/s00432-019-02959-3>
- Haeyen, S. & Noorthoorn, E. (2021). Validity of the Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS). *PLoS One*, 16(3), e0248315. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248315>
- Jiang, X., Chen, X., Xie, Q., Feng, Y., Chen, S. & Peng, J. (2020). Effects of art therapy in cancer care: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, 29. <https://doi.org/10.1111/ecc.13277>
- Kandinsky, W. (2021). *De lo espiritual en el arte*. Ediciones Obelisco.
- Kievisiene, J., Jautakyte, R., Rauckiene-Michaelsson, A., Fatkulina, N. & Agostinis-Sobrinho, C. (2020). The Effect of Art Therapy and Music Therapy on Breast Cancer Patients: What We Know and What We Need to Find Out—A Systematic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020, 1-14. <https://doi.org/10.1155/2020/7390321>
- Köhler, F., Martin, Z.S., Hertrampf, R.S., Gäbel, C., Kessler, J., Ditzgen, B. & Warth, M. (2020). Music therapy in the psychosocial treatment of adult cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00651>
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Laranjeira, C. & Querido, A. (2023). An in-depth introduction to arts-based spiritual healthcare: Creatively seeking and expressing purpose and meaning. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1132584>
- Li, X., Du, G., Liu, W. & Wang, F. (2020). Music intervention improves the physical and mental status for patients with breast cancer: A protocol of randomized controlled trial. *Medicine*, 99(49), e23461. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023461>
- Li Y, Xing X, Shi X, Yan P, Chen Y, Li M, Zhang W, Li X & Yang K. (2020). The effectiveness of music therapy for patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1111-1123. <https://doi.org/10.1111/jan.14313>
- Limonero, J.T., Mateo, D., Maté-Méndez, J., González-Barboteo, J., Bayés, R., Bernaus, M., Casas, C., López, M., Sirgo, A. & Viel, S. (2012). Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 145-152. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-9112012000200009&lng=es&nrm=iso&tng=es
- Liu, Z., Yang, Z., Xiao, C., Zhang, K. & Osmani, M. (2022). An investigation into art therapy aided health and well-being research: A 75-year bibliometric analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010232>
- Mao, J.J., Ismaila, N., Bao, T., Barton, D., Ben-Arye, E., Garland, E.L., Greenlee, H., Leblanc, T., Lee, R.T., Lopez, A.M., Loprinzi, C., Lyman, G. H., MacLeod, J., Master, V.A., Ramchandran, K., Wagner, L.I., Walker, E.M., Bruner, D.W., Witt, C. M. & Bruera, E. (2022). Integrative Medicine for Pain Management in Oncology: Society for Integrative Oncology-ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 40(34), 3998-4024. <https://doi.org/10.1200/JCO.22.01357>

“Juntos como instrumentos acompañando al artista. Pacientes, familias y sanitarios”



“Juntos como instrumentos, en sintonía,
Pacientes, familias, y manos que cuidan,
Pasos tranquilos, con fuerza y fe,
Cada día es nuevo, hacia el renacer.
El arte de sanar, en cuerpo y alma,
Sanitarios apoyan, con calma y sin pausa,
En este camino, sin importar la prisa,
Estamos aquí, acompañando al artista.”

Poema realizado por un paciente en agradecimiento al día a día de la unidad.