

**PAPEL DE LA MUSICOTERAPIA COMO
TRATAMIENTO EN LOS TRASTORNOS
DEPRESIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN MEDICINA

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Facultad de Ciencias de la Salud - UJI

Curso académico 2022-2023

Autora: **Sofía Martí Vila**

Tutora: **Ana María Sánchez Pérez**

ÍNDICE

ABREVIATURAS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
EXTENDED SUMMARY	7
1. INTRODUCCIÓN	10
1.1 FISIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.	10
1.2 DIAGNÓSTICO (Clasificación de los trastornos depresivos)	12
1.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	13
1.4 TRATAMIENTO	13
1.4.1 Fármacos antidepresivos	14
1.4.2 Psicoterapia	15
1.5 ALGORITMO DE TRATAMIENTO	16
1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA REVISIÓN	17
2. OBJETIVOS	20
3. METODOLOGÍA	20
3.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN	21
3.2 FUENTES DE INFORMACIÓN.	22
3.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.	23
3.3.1 Términos de búsqueda	23
3.4 EXTRACCIÓN DE DATOS	24
3.5 EVALUACIÓN DE SESGOS	25
3.6 ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA	26
4. RESULTADOS	27
4.1 BÚSQUEDA DE LITERATURA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS	27
4.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS	28
4.3 EVALUACIÓN DEL SESGO	32
4.3.1 Revman (herramienta de Cochrane)	32
4.4 SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS	33

5. DISCUSIÓN	38
6. CONCLUSIÓN	42
7. BIBLIOGRAFÍA	44
8. ANEXO	50

ABREVIATURAS

- * **DSM-V:** Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.
- * **(CIE)-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades.
- * **TDM:** trastorno depresivo mayor
- * **MT:** Musicoterapia
- * **TAU:** Tratamiento de atención usual / terapia habitual...
- * **ECA:** ensayo clínico aleatorizado.
- * **MeSH:** Medical Subject Headings
- * **MADRS thai:** versión tailandesa de *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale*.
- * **TDI:** *Thai Depression Inventory*.
- * **CES-DC:** *Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children*.
- * **HADS:** Escala de ansiedad y depresión hospitalaria.
- * **BDI-II:** Inventario de Depresión de Beck-II
- * **PHQ-9:** *Cuestionario de salud del paciente*
- * **SF-36 Thai:** versión tailandesa de Encuesta de Salud SF-36.
- * **EQ-5D-5L thai:** versión tailandesa de la *Euro Quality of Life Five-Dimension*.
- * **SSIS:** *Social Skills Improvement System Rating Scales*.
- * **CBC:** *Child Behaviour Checklist*.
- * **FAD:** *Family Assessment Device*.
- * **WHODAS 2.0:** cuestionario de Evaluación de Discapacidad de la OMS 2.0.
- * **MARS:** *Medication adherence rating scale*.

RESUMEN

Introducción. La depresión constituye un problema de salud mundial cada vez más prevalente. Conlleva importantes repercusiones en salud mental, sociales y económicas así como una alta tasa de suicidio, por lo que resulta de vital importancia abogar por nuevas intervenciones accesibles y costo-eficientes, útiles en el manejo de la depresión.

Objetivo. Revisar la literatura científica y esclarecer el papel terapéutico de la musicoterapia en la depresión, para proporcionar información basada en la evidencia y ponerla en práctica.

Metodología. Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, Cochrane y PsycInfo utilizando las palabras clave y/o términos MeSH y seleccionando ECAs publicados entre 2016 y 2023 que utilizaran la musicoterapia en pacientes con depresión diagnosticada. Tras la selección, se aplicó la herramienta RevMan para evaluar el riesgo de sesgo.

Resultados: Cinco estudios fueron incorporados a la revisión. Todos comparaban una técnica de música frente a un grupo control y el riesgo de sesgo era bajo-moderado (media de 8/10). Al obtenerse variabilidad estadística, los resultados no fueron concluyentes, sin embargo las diferentes técnicas de musicoterapia mostraron una tendencia común de mejora en los síntomas depresivos, calidad de vida y en otros síntomas asociados.

Conclusión: La musicoterapia es un tratamiento complementario interesante para los trastornos depresivos, pues demuestran un probable beneficio en los síntomas depresivos, calidad de vida y otra sintomatología. No obstante, se precisa cautela en la interpretación de los resultados y se hace necesario la existencia de investigaciones adicionales a gran escala y con un periodo prolongado.

Palabras clave. "Musicoterapia", "tratamiento", "trastornos depresivos", "depresión".

ABSTRACT

Introduction. Depression is an increasingly prevalent public health problem. It carries important mental health, social and economic implications as well as a high suicide rate, making it vitally important to advocate for new, accessible and cost-effective interventions useful in the management of depression.

Objective. The main aim is to review the scientific literature on the role of music therapy in the treatment of depression, in order to provide evidence-based information and to put it into practice.

Methodology. A systematic search was conducted in PubMed, Cochrane and PsycInfo using the keywords and/or MeSH terms and selecting RCTs published between 2016 and 2023 that used music therapy in patients with diagnosed depression. After selection, the RevMan tool was applied to assess risk of bias.

Results: 5 studies were incorporated into the review. All of them compared a music technique versus a control group and the risk of bias was low-moderate (average 8/10). As statistical variability was obtained, the results were inconclusive, however the different music therapy techniques showed a common tendency of improvement in depressive symptoms, quality of life and other associated symptoms.

Conclusion: Music therapy is an interesting complementary treatment for depressive disorders, as it shows a probable benefit in depressive symptoms, quality of life and other symptomatology. However, caution is needed in the interpretation of the results and further large-scale research over a prolonged period is necessary.

Keywords. *"Music therapy", "treatment", "depressive disorders", "depression".*

EXTENDED SUMMARY

Introduction. Depression constitutes an increasingly prevalent public health issue, currently affecting 350 million people worldwide according to the WHO. In addition to a persistently sad mood and loss of pleasure in previously enjoyable activities, it is associated with changes in appetite, sleep disturbances, trouble concentrating, and disability, causing such an impact on daily functioning and quality of life that it can lead to suicide.

The essential pillar of treatment consists of pharmacological strategies and/or psychotherapy, however, despite their effectiveness, they are not exempted from constraints. Among the most important limitations, it is emphasised that 1) not all patients have access to effective care, either because of their purchasing power or because of insufficient resources in different countries; 2) the number of patients with depression has increased even more with the COVID-19 pandemic, which has further saturated services; 3) antidepressants present a risk of drug interactions, tolerance, undesirable adverse effects and toxicity, and are therefore not recommended for minors or polymedicated patients; and 4) medication, although it is effective, entails a huge economic cost for society.

Thus, as it is involved with significant mental health, social and economic repercussions, it is vital to advocate for new, accessible and cost-effective interventions, useful in the management of depression, such as music therapy.

Objectives. To review the scientific literature to elucidate the role of music therapy in the treatment of depression, to provide up-to-date and evidence-based information. Also to determine whether it can achieve an improvement in quality of life and other accompanying symptoms, as well as to determine if any specific technique is more effective than others.

Methodology. A literature search was conducted between November 2022 and March 2023 in Pubmed, The Cochrane Library and PsycInfo using the keywords and/

or MeSH terms. The aim was to find randomised clinical trials published between 2016 and 2023, focusing on the use of music therapy in patients with depression diagnosed by a certified body. Data were extracted and presented in a table, and for the analysis of the risk of bias we applied the RevMan tool, based on the Cochrane Systematic Reviews Manual (version 5.1.0).

Results. The literature search yielded a total of 322 articles, of which only 5 studies met the requirements of this review. All were randomised clinical trials, with a low-moderate risk of bias (mean was 8/10). They compared an intervention group versus a control group for a maximum of 12 weeks. The intervention group consisted of different music therapy techniques, which differed not only in their use as a single therapy or in combination with other therapies, but also in their modalities: active/passive and individual/group. Different validated scales were used to measure the results and although a decrease in depressive symptoms was only evident in 2 studies, a trend of improvement was demonstrated in all interventions. On the other hand, it was also beneficial in the communication and interaction of young people over 13 years of age, in social functioning, in disability and in the short term in self-esteem.

Discussion and conclusion. Two studies have shown that adding music therapy to standard treatment for depression resulted in a decrease in depressive symptoms, specifically for children with an active technique, and for adults with a passive technique. However, these findings contrast with the non-significant values in the other studies. On the other hand, the quality-of-life scores did not have enough statistical power, despite of good side effect in making progress in communication in young people over 13 years of age, in social functioning, in disability and in the short term in self-esteem, all of which have an impact on the quality of life of these patients. This variability of results is probably based on the heterogeneity of populations and interventions.

Finally, although the findings are not conclusive, a trend of progress in ameliorating depressive symptoms and quality of life domains is evident across all interventions. This leads us to conclude in our review that music therapy could be considered a very useful reinforcement therapy for depression, especially during childhood and when they need to intensify treatment. However, due to the small number of studies on each technique, the interpretation of the results should be considered with caution. More studies with a longer duration and larger sample size, which can thoroughly investigate the potential therapeutic use of music therapy in depression, are particularly recommended.

1. INTRODUCCIÓN

La depresión integra el tercer trastorno mental más frecuente del mundo. Según la OMS, alcanza los 350 millones de personas el mundo, de los cuales 23 millones son adolescentes y, acorde a la encuesta nacional del 2017, 3 millones son españoles. Al afectar independientemente del género, edad, cultura o etnia, atañe tanto a países desarrollados como países en desarrollo, considerándose así un problema de salud mundial y desde 2020 la segunda causa más importante de discapacidad en el mundo, por delante incluso de enfermedades cardiovasculares y del cáncer (1, 2).

Según la *American Psychiatric Association* (APA), la depresión se caracteriza por la persistencia de un estado de ánimo triste y anhedonia, acompañado de baja autoestima, sentimiento de culpabilidad o inutilidad y pérdida de la energía (3).

Genera un gran impacto en el bienestar del paciente y en su funcionamiento personal, familiar, social, educativo y ocupacional, pues asocia además cambios en el apetito, trastornos del sueño, dificultad en la concentración, discapacidad y dependencia, demencia e incluso aumento en las tasas de suicidio, sin hablar, del estigma, discriminación y violaciones de los derechos humanos que reciben por gran parte de la sociedad (4-7).

Teniendo en cuenta las cifras y las consecuencias descritas, se puede afirmar que la depresión es una grave condición de salud con importantes repercusiones en salud mental, sociales y económicas, pues acarrear un empeoramiento en la calidad de vida, un riesgo aumentado de morbilidad y mayores gastos relacionados con la atención médica (8).

1.1 FISIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.

La prevalencia de la depresión en la población general se estima entre el 5-15%, y se puede ver incrementada por ciertos factores de riesgo (1,9). Los que mayor fuerza de asociación presentan son los estratos sociales más desfavorecidos y

seguidamente, la dependencia económica o el sexo femenino (sobre todo durante la etapa premenstrual o en puerperio), pues se afirma que durante la vida hasta el 20% de mujeres se verán afectadas frente al 12% de hombres, a pesar de que son estos últimos los que más mueren por suicidio (10). Otros determinantes serían la pluripatología, algunos fármacos, situaciones u estresores con valor afectivo para el individuo (duelo, separación, antecedentes, familias disfuncionales...) (10-13).

Por el contrario, otros estudios han demostrado el efecto protector del tabaquismo crónico, pues como luego entenderemos, la nicotina inhibe una enzima importante en el metabolismo de neurotransmisores, aumentando los niveles de dopamina y ejerciendo una acción antidepresiva. No obstante, su uso como prevención o tratamiento en la depresión nunca debe recomendarse, pues no está exento de efectos colaterales carcinogénicos y cardiovasculares.

Pero para hablar de su etiopatogenia, hay que remontarse a hace un par de siglos pues aunque ya fue reconocida clínicamente por los antiguos griegos, no se empezó a estudiar hasta el siglo XX. Aquí fue cuando se iniciaron los primeros estudios acerca de las sustancias químicas involucradas, que hoy conocemos como neurotransmisores, y que han aportado el conocimiento necesario para entender y desarrollar tratamientos efectivos (13, 14).

Sin embargo, tras años de investigación, se ha establecido que la depresión es el resultado de interacciones complejas a lo largo del tiempo y progresivamente entre los siguientes factores desencadenantes:

- * **Factores bioquímicos:** alteraciones en los neurotransmisores monoamínicos del cerebro (noradrenalina, dopamina y sobretodo serotonina) desempeñan un papel clave en la fisiopatología de la enfermedad depresiva.
- * **Factores genéticos:** existe una herencia poligénica (marcadores genéticos localizados en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21) que genera un riesgo aumentado de padecer la enfermedad en familiares de primer grado, llegando al 50-70% de probabilidades en el caso de gemelos monocigóticos.

- * **Factores neuroanatómicos:** varios estudios han demostrado una disminución de la actividad metabólica más pronunciada en el lado izquierdo (hipofrontalidad izquierda).
- * **Factores psicosociales:** distintas teorías explican el relevante papel psicosocial en el desarrollo de esta enfermedad. Defienden que personalidades con baja autoestima, pesimistas y con facilidad para abrumarse por estresores, así como circunstancias vitales adversas (abuso en la infancia, violaciones, abandono y red social limitada, desempleo, luto, eventos traumáticos...) generan mayor vulnerabilidad a sufrirla (13,15,16).

1.2 DIAGNÓSTICO (Clasificación de los trastornos depresivos)

Actualmente para el diagnóstico de los trastornos depresivos no son útiles las pruebas de imagen, análisis o estudios genéticos; dado que el diagnóstico es **clínico** mediante la entrevista con el paciente y siguiendo las pautas del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Siguiendo las directrices de la DSM-V (17), proporcionadas en el *Anexo 1*, podemos clasificar los diferentes cuadros depresivos en distintos grupos, excluyendo esta vez otras condiciones con características depresivas como el trastorno bipolar.

Tabla 1. Clasificación de los cuadros depresivos según la DSM-V (17).

Tipos de trastornos depresivos		
T. de desregulación perturbador del estado de ánimo	T. disfórico premenstrual	T. depresivo debido a otra afección médica
T. Depresivo mayor (TDM)	Otro T depresivo especificado: breve recurrente, de corta duración o síntomas insuficientes	T. Depresivo por uso de sustancias
T. depresivo persistente (distimia)	T. depresivo no especificado	

1.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Antes de llevar a cabo un juicio diagnóstico y con ello un tratamiento, es relevante llevar a cabo una evaluación diagnóstica exhaustiva, incluida una anamnesis completa y una exploración física pues muchas veces son otras patologías o la descompensación de enfermedades previas las que pueden estar causando dicho cuadro sindrómico y su tratamiento se limitará a tratar dicha causa médica.

Por ello, siempre se realizará una historia clínica completa que describa cronológicamente los síntomas, los factores desencadenantes, los antecedentes patológicos, farmacológicos, tóxicos, alérgicos y familiares, así como un examen mental completo y una exploración cognitiva. Tras esto, según la sospecha diagnóstica, se pueden solicitar pruebas complementarias con el fin de descartar las patologías médicas más comunes, como por ejemplo un hemograma, uroanálisis, glicemia, electrolitos, función renal, transaminasas, perfil tiroideo, serología, niveles de vitamina B12 y ácido fólico (3, 8).

1.4 TRATAMIENTO

El tratamiento de la depresión tiene como objetivos 1) afrontar los síntomas depresivos mejorando el estado de ánimo y nivel de actividad; 2) identificar y modificar los patrones de conducta desadaptativos para prevenir futuros episodios depresivos; y 3) restablecer una buena calidad de vida y funcionamiento psicosocial (manejar los síntomas de ansiedad y estrés, mejorar el sueño y apetito, y aprender habilidades sociales y de solución de problemas) (2,18).

Los principales pilares terapéuticos de los que disponemos son el tratamiento farmacológico y la psicoterapia, que pueden administrarse de forma individual o por el contrario de forma combinada, beneficiándose de los efectos sinérgicos (3). Sin embargo, la elección entre las alternativas se debe plantear de forma individualizada, dado que existen distintos tipos de trastornos además de una heterogeneidad en la manifestación de los síntomas de cada persona (19).

1.4.1 Fármacos antidepresivos

Los antidepresivos son medicamentos dirigidos a mejorar los síntomas de la depresión gracias a su capacidad para modificar la alteración de los neurotransmisores, especialmente los del sistema monoaminérgico (3, 20).

Existen diversos tipos de antidepresivos que podemos agrupar en dos clases. Por un lado, los de primera generación o más antiguos, como los Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y Antidepresivos tricíclicos (ATC), ambos relegados a otras líneas de tratamiento al poseer efectos adversos y de seguridad. Por otro lado, los de nueva generación son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN), antidepresivos atípicos o moduladores de serotonina (8, 20).

Existe un amplio abanico de medicamentos disponibles, que a pesar de diferir en su estructura química y en su mecanismo de acción, múltiples estudios han evidenciado que la velocidad o la respuesta terapéutica no varía entre ellos (8,18). Por ello, la elección del antidepresivo debe individualizarse, atendiendo a las características del propio cuadro depresivo, las comorbilidades del paciente y sus expectativas, pues hablamos de fármacos no exentos de efectos adversos (anexo 2) o de interacciones medicamentosas, lo que limita el perfil de seguridad (20, 21).

Los **efectos secundarios** predominan en edades avanzadas, ante patologías concomitantes o en polimedicados. Entre ellos destacamos: taquicardia sinusal, arritmias, hipotensión ortostática, convulsiones, somnolencia, retención urinaria y sequedad ocular y bucal con los ATC; HTA con antidepresivos duales; o disfunción sexual, alteraciones de la agregación plaquetaria y con ello sangrados y síntomas gastrointestinales con los ISRS. Así mismo, otro efecto común en todos, aunque aumentado en duales y ATC, es el elevado riesgo de toxicidad por sobredosis, algo a tener en cuenta en pacientes con ideas de suicidio (como en la depresión), siendo preferibles otras líneas de tratamiento o incluso tomar precauciones (21-23).

Por otro lado, su prescripción en pacientes polimedcados puede generar **interacciones medicamentosas** ya que inhiben enzimas del sistema citocromo P450 implicadas en el metabolismo de muchos medicamentos, ya sean psicótopos o no, incrementando los niveles plasmáticos de dichos fármacos en sangre y exponiendo a una posible toxicidad. Por ello, según la guía de práctica clínica del Ministerio de sanidad (18), ante pacientes con largo historial de medicación se recomienda elegir aquellos que presenten menor interferencia con el metabolismo de otros fármacos.

Independientemente del fármaco escogido, otra desventaja es que los beneficios tardan en observarse al poseer un tiempo de latencia de 2-4 semanas. Esto hay que hacérselo saber al paciente para que mantenga la adherencia al tratamiento durante 6 o más meses y no pierda la confianza depositada (8).

1.4.2 Psicoterapia

La *American Psychological Association* define la psicoterapia como una intervención terapéutica integral, deliberada y planificada basada fundamentalmente en el diálogo entre una persona y su psicólogo. La finalidad es proporcionar un ambiente de apoyo que permita hablar abiertamente e identificar el problema para así poder mitigar los síntomas, elaborar estrategias de identificación precoz de las recaídas, cambiar los patrones de comportamiento alterados y favorecer un proceso de madurez, salud mental y bienestar (24, 25).

Al apostar por la psicoterapia, no solo se evitan interacciones medicamentosas y efectos adversos indeseables, sino que también se reduce casi a la mitad las visitas a atención primaria y unos 2,52 días/persona/año la tasa de hospitalización, por lo que disminuyen los costes en los servicios de salud (26).

Se puede optar por una intervención individual dirigida a las propias vivencias del paciente o en cambio, abogar por una terapia grupal reuniendo a individuos con enfermedades similares para que reconozcan la situación desde fuera y vislumbren como se enfrentan otros a posturas parecidas (3).

Hoy en día se dispone de distintas técnicas, que aunque han demostrado su eficacia respecto al placebo, no se ha esclarecido que existan grandes diferencias de una a otra. Por tanto, la elección de la técnica también debe ser individualizada; considerando que la rapidez en la que aparezcan mejoras significativas dependerá de la gravedad de la depresión, aunque la media ronda las 10-15 sesiones (27).

Algunos ejemplos son la terapia cognitivo-conductual, activación conductual, resolución de problemas, terapia de pareja/familiar; terapia interpersonal, counselling o la terapia psicodinámica breve (18). Las dos más utilizadas son:

* **Terapia cognitivo conductual (TCC):** Es un procedimiento terapéutico en el que el o la psicólogo/a busca la colaboración del o la paciente, de manera que pueda aprender a identificar aquellos patrones de pensamiento negativo que facilitan la aparición de conductas disfuncionales relacionadas con la depresión, con el fin de reconocerlos, modificarlos y responder positivamente a los desafíos (18,19).

* **Terapia interpersonal (TIP):** Fue diseñada por Klerman y Weissman al defender que dificultades para establecer relaciones sanas con la gente de nuestro entorno puede afectar a la forma en la que nos vemos e interactuamos con los demás. Por eso se enfoca en abordar los problemas en las relaciones interpersonales, por ejemplo mediante juegos de rol; enseñar cómo expresar emociones saludablemente, mejorar la comunicación con las personas que nos rodean y aprender habilidades para desarrollar buenas relaciones (18,28).

1.5 ALGORITMO DE TRATAMIENTO

El tipo de terapia por la que se optará depende de la severidad de los síntomas. De forma general, en la **depresión leve** se recomienda, tras mostrar su eficacia en múltiples estudios, la psicoterapia, ejercicio o cambios en el estilo de vida; pues realmente la relación riesgo-beneficio de la farmacoterapia no está justificada, además de muy cuestionada en menores de edad, dado sus efectos adversos, la seguridad y las interacciones.

Así mismo, también se confiará en la psicoterapia siempre que existan interacciones entre fármacos, buena respuesta previa a la psicoterapia, cuando los desencadenantes pertenezcan al contexto psicosocial (duelo, ruptura, divorcio, desocupación...) o en adolescentes, así como en contraindicaciones para el manejo farmacológico, como serían el embarazo o lactancia.

En depresión **moderada** se puede emplear la combinación de intervenciones psicológicas con terapias farmacológicas; mientras que en la enfermedad **grave** además de intensificar la terapia combinada también se puede recurrir a la terapia electroconvulsiva o la estimulación magnética transcraneal (18, 21, 22).



Figura 1. Modelo escalonado en el manejo de la depresión. Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto del ministerio de sanidad (18).

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA REVISIÓN

Como se ha comentado anteriormente, los principales pilares terapéuticos en la actualidad son la psicoterapia y/o las estrategias farmacológicas. Sin embargo, presentan ciertas limitaciones.

En primer lugar, solo un tercio de las personas que padecen depresión reciben atención del área de la salud mental, quizás por desconocimiento de la situación, falta de adherencia, insuficiente poder adquisitivo o difícil acceso a tratamiento. Específicamente, en el caso de la terapia cognitiva no todo el mundo tiene acceso a una atención efectiva. Su causa no solo reside en el poder adquisitivo, sino también en los recursos insuficientes para hacer frente a todos los problemas de la sociedad, entre ellos la depresión (29).

De forma secundaria, de los pacientes en tratamiento antidepresivo solo un tercio alcanzan la remisión. A esto se le une que su prescripción acarrea ciertas preocupaciones, ya que son fármacos con riesgo de interacciones farmacológicas, toxicidad y efectos secundarios indeseables, por lo que muchos profesionales sanitarios muestran reticencia al intensificar la terapia o cierta incertidumbre al emplearlo en menores de edad o en personas polimedicadas (18).

Finalmente, es tal su prevalencia y la carga que genera a la sociedad, que constituye un problema de salud mundial agravado en los últimos años. Desde la pandemia se han generado y/o empeorado los trastornos de salud mental, observándose en solo un año un aumento del 28% en las depresiones graves, y por tanto, incrementando (todavía más) la demanda de los servicios (30). Acorde con un estudio de la OMS, tras el COVID-19 el 67% de los países han atisbado saturaciones en servicios de orientación psicológica, lo que pone de manifiesto una vez más la limitación de los recursos (31). Por ello, existe una creciente necesidad de búsqueda de nuevas terapias accesibles, baratas, seguras y eficaces en el manejo de la depresión.

Un ejemplo por el que apostar sería la **musicoterapia** (MT), ya que múltiples estudios han mostrado evidencia de sus beneficios, aunque todavía no son concluyentes. La Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT) la define como una intervención no farmacológica impartida por un profesional acreditado y basada en el uso de la música en entornos médicos, educativos y cotidianos con la finalidad de mejorar la salud mental y optimizar el bienestar físico, social, emocional e intelectual

(32). Entre sus efectos beneficiosos encontramos que ayuda a gestionar el estrés, genera motivación y placer, mejora la calidad del sueño y el estado de ánimo, ayuda a expresar sentimientos y promueve la memoria y comunicación, conduciendo a un progreso del funcionamiento global y social. Por ello, tiene especial utilidad en los trastornos depresivos, pues el estrés, la motivación, el ánimo y la gestión de los sentimientos son la base que modificar en su tratamiento (33-35).

A pesar de que existen múltiples técnicas distintas, de forma general las podemos clasificar en técnicas activas y receptivas/pasivas. Por un lado, los enfoques activos se basan en la participación del paciente, ya sea cantando, componiendo piezas o tocando instrumentos, muchas de ellas centradas en la improvisación. Por otro lado los enfoques receptivos consisten básicamente en la escucha de canciones y/o análisis de las letras (34-36). Puede ejercerse como terapia única o como opción terapéutica complementaria, así como realizarse individualmente o en grupo, lográndose de esta última forma un ahorro de los recursos según *Trimmer et al.* (40).

En consecuencia, dadas las altas tasas de prevalencia de esta condición y su impacto duradero en el funcionamiento, se indica con urgencia recoger la evidencia disponible hasta el momento sobre la musicoterapia, al consistir una intervención de fácil acceso, eficaz y costo-eficiente que puede ayudar a mejorar los síntomas, desaturar los servicios y reducir la sobrecarga de trabajo.

Por tanto, para la realización de esta revisión sistemática nos planteamos las siguientes preguntas clínicas:

- * **¿Existe evidencia científica del uso de la música como tratamiento en pacientes con trastornos depresivos? ¿Puede emplearse como refuerzo de la terapia habitual y obtenerse mejores resultados?**
- * **¿Puede conseguir una mejora de la calidad de vida o en otros síntomas acompañantes en dichos pacientes? ¿Produce efectos adversos?**
- * **¿Qué tipo de intervención dentro de la musicoterapia es más efectiva?**

2. OBJETIVOS

El principal objetivo de esta revisión sistemática es **esclarecer el uso potencial de la musicoterapia como tratamiento en individuos con depresión**. Se detallan de forma más extensa a continuación:

Objetivo general:

- * Dilucidar el potencial terapéutico de la música como manejo en pacientes con trastornos depresivos.

Objetivos secundarios:

- * Determinar si puede conseguir una mejora de la calidad de vida en dichos pacientes.
- * Determinar si puede conseguir una mejora de otros síntomas (ansiedad, discapacidad...) en dichos pacientes, así como si produce efectos adversos.
- * Proporcionar información actualizada y de calidad para el abordaje de la enfermedad depresiva.
- * Concretar si existe alguna técnica dentro de la musicoterapia que es más efectiva que otras.

3. METODOLOGÍA

En este apartado se establece la estrategia de búsqueda junto con los criterios de inclusión y exclusión para identificar los artículos que puedan responder las preguntas planteadas en este trabajo. La revisión presente se ha realizado atendiendo a la declaración *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA) (37), cuya lista de verificación se muestra en el Anexo 3.

3.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Una vez se estableció la pregunta y los objetivos, se determinaron los **criterios de inclusión** según el cumplimiento de los criterios PICO (expuestos en tabla 2):

- 1) Ensayos clínicos aleatorizados (ECA) en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo reconocido por cualquier criterio certificado, e independientemente de la edad, sexo, raza y nivel educativo
- 2) Uso de la música como método de intervención para el tratamiento de la enfermedad.
- 3) Informar de los resultados principales, es decir, los síntomas depresivos, mediante escalas de calificación validadas.
- 4) Artículos publicados entre 2016 y 2023.
- 5) Textos en inglés, castellano o catalán.

Por otro lado, todo aquel artículo que cumpliera con los **criterios de exclusión** fue eliminado del trabajo:

- 1) Artículos no terminados o literatura sin publicar.
- 2) Artículos con los resultados sin publicar.
- 3) Cualquier tipo de estudio observaciones o experimental que no sea un ECA.
- 4) Individuos que no tengan diagnosticada la enfermedad depresiva mediante escala certificada.
- 5) Estudios que emplean la musicoterapia como prevención, o que la introducen solo en el grupo control.
- 6) Artículos que no respondan a los objetivos de la revisión.

Tabla 2. Criterios PICO de selección de estudios.

Parámetro	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorizado (ECA).	Cualquier texto que no sea un ECA: ensayos no aleatorizados, artículos de revisión, guía de práctica clínica, reporte de casos...
Participantes	Individuos diagnosticados de trastorno depresivo, según un criterio de diagnóstico reconocido.	Sujetos sin la enfermedad depresiva diagnosticada.
Intervención	Uso de la música como tratamiento.	Estudios que emplean la musicoterapia como prevención, o que solo la introducen en grupo control.
Comparación	Tanto con control inactivo (atención habitual) como con intervención de control activo (p.ej, técnicas de MT distintas: activa/receptiva; individual/grupal...).	
Resultado (outcome)	<u>Resultado principal:</u> Síntomas depresivos evaluados mediante escalas validadas. <u>Resultados secundarios:</u> calidad de vida, otros síntomas asociados, efectos adversos.	Síntomas depresivos medidos con escalas no validadas.

3.2 FUENTES DE INFORMACIÓN.

Tras determinar los criterios de elegibilidad comentados anteriormente, se inició la búsqueda bibliográfica desde noviembre de 2022 hasta marzo de 2023 en las siguientes bases de datos: Pubmed, the Cochrane Library (con acceso a textos de clinicaltrials.gov, WHO, ICTRP, CINAHL y Embase) y PsycInfo. Algunas de ellas permitían el acceso libre; mientras que otras requerían el acceso a través de la licencia de la Universitat Jaume I.

3.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.

3.3.1 Términos de búsqueda

En primer lugar, se establecieron las palabras clave para realizar una búsqueda adecuada según los objetivos establecidos en un principio. Estos fueron: "depression", "depressive disorders", "treatment" y "music therapy". A continuación, navegamos en las distintas bases.

* En **Pubmed** empleamos los siguientes términos MeSH (*Medical Subject Headings*) para delimitar nuestra búsqueda y encontrar artículos cuya pregunta principal fuera la planteada en este trabajo: "Music Therapy"[Mesh] y "Depressive Disorder"[Mesh], unidos por el conector booleano AND. Dado que aparecían 92 resultados, recurrimos al uso de otros filtros para acotar al máximo: "ECA" "idioma castellano, inglés o catalán"; y finalmente limitar el periodo de publicación a aquellos artículos comprendidos "entre 2016 y 2023". La búsqueda se reducía a 8 resultados, de los cuales solo 3 cumplían con los criterios de inclusión. En la *tabla 3* se puede observar el algoritmo de búsqueda de esta fuente de información.

Tabla 3. Algoritmo de búsqueda de Pubmed.

Search details	Results
("Depressive Disorder"[MeSH Terms] AND "Music Therapy"[MeSH Terms]) AND ((randomizedcontrolledtrial[Filter]) AND (catalan[Filter] OR english[Filter] OR spanish[Filter]) AND (2016:2023[pdat]))	8
("Depressive Disorder"[MeSH Terms] AND "Music Therapy"[MeSH Terms]) AND ((randomizedcontrolledtrial[Filter]) AND (catalan[Filter] OR english[Filter] OR spanish[Filter]))	28
"Depressive Disorder"[MeSH Terms] AND "Music Therapy"[MeSH Terms]	92
"Depressive Disorder"[MeSH Terms]	120,855

- * En **Cochrane** se empleó el término “*depressive disorders*” con la etiqueta de campo “*Title, Abstract, Keyword*” y “*music therapy*” con la etiqueta “*title*”, dado la relevancia de inclusión de ambas palabras clave. Otra vez, ambos términos se relacionaron empleando el operador booleano “AND” y se sometieron a los filtros siguientes: “idioma castellano, catalán o inglés”; y a “fecha de publicación entre 2016 y 2023”, con lo cual se reducía el número a 60 artículos. Se delimitó todavía más con la búsqueda manual al leer el título y el *abstract*, eliminado todo aquel texto que no cumpliera los criterios de inclusión, resultando en 2 artículos útiles.
- * Para ampliar la bibliografía seleccionada se decidió indagar en la base **PsycInfo** utilizando la búsqueda avanzada:
 - Aplicando “*MeSH: depressive disorder AND MeSH: music therapy AND Year: 2016 To 2023*” aparecían 7 artículos, por lo que se decidió aplicar el filtro de ensayo clínico, quedando en “**MeSH: depressive disorder AND MeSH: music therapy AND Methodology: Clinical Trial AND Year: 2016 To 2023**” y descartando el único artículo que salía por estar duplicado en otras bases de datos.
 - Así mismo, también se buscó como “*MeSH: depression AND MeSH: music therapy AND Methodology: Clinical Trial AND Methodology: Clinical Trial AND Year: 2016 To 2023*”, hallándose 5 artículos. Ninguno cumplía con los criterios establecidos (uno no permitía el acceso, los otros cuatro no cumplían con el diagnóstico de depresión), por lo que la búsqueda no fue incluida en el trabajo.

3.4 EXTRACCIÓN DE DATOS

Tras realizar la selección de los estudios mediante los criterios de inclusión y exclusión definidos, los artículos fueron sometidos a una lectura crítica que permitió la extracción de los datos más relevantes. Las características analizadas fueron:

- * **Características de identificación:** título, autor principal, año de publicación y país.
- * **Características metodológicas:** diseño del estudio y procedimiento llevado a cabo (descripción y periodo de duración de la intervención y control).
- * **Características de los participantes:** tamaño de la muestra y criterios de selección.
- * **Planteamiento:** objetivos, variables a estudio y métodos de evaluación.
- * **Características de los resultados:** resultados principales y secundarios, conclusión.

3.5 EVALUACIÓN DE SEGOS

Para garantizar la validez y fiabilidad de los estudios incluidos en el presente trabajo se han empleado una serie de herramientas que evalúan los artículos mostrándonos si sus recomendaciones son válidas interna y externamente, y por tanto, si pueden ser puestas en práctica. Tanto el manual Cochrane como la guía COSMOS-E hacen una distinción entre la evaluación de la calidad metodológica y la evaluación del riesgo de sesgo, siendo esta última en la que recomiendan centrarse.

Dado que el tipo de investigación que queremos realizar es una revisión sistemática, tras examinar las principales herramientas disponibles para la evaluación de los sesgos potenciales, la seleccionada fue **Revman**, una herramienta propuesta por Cochrane (plantilla en el *anexo 4*). Se trata de una **evaluación basada en dominios**, donde el análisis crítico se realiza de forma separada para los diferentes 7 dominios de los que consta: generación aleatoria de la secuencia, ocultación de la asignación, cegamiento de los participantes y del personal, cegamiento de los evaluadores de los resultados, datos de resultado incompletos, notificación selectiva de los resultados y otros sesgos no abordados en los apartados anteriores. Cada uno de ellos se explican en el Manual de Cochrane para Revisiones sistemáticas (versión

5.1.0), el cual ayuda a clasificar la evaluación del **riesgo de sesgo en bajo/alto/poco claro** (anexo 5).

Para la interpretación de los riesgos de forma más visual se decidió idear un sistema que permitiese comparar de forma cuantitativa las calificaciones medias de riesgo de los diferentes ensayos. Se estableció que el *riesgo bajo de sesgo* equivalía a 1 punto, el *riesgo poco claro* a 0,5 puntos y el *riesgo alto* a 0 puntos. De esta forma, se calculó el **riesgo de sesgo medio de cada artículo** utilizando una regla de tres: sumando las puntuaciones obtenidas para cada dominio, dividiendo entre la puntuación máxima posible (al tener 7 dominios, equivalía a 7) y finalmente multiplicando por 10 para obtener una puntuación comprendida en tres el 1 y el 10. A continuación se adjunta la fórmula:

$$\frac{\text{Suma de las puntuaciones obtenidas de cada dominio}}{\text{Puntuación máxima posible}} \times 10 = \text{Calificación media}$$

Las calificaciones medias finales se compararon instaurando una leyenda: **riesgo alto** (calificación 1-4), **moderado** (calificación de 5-7) y **bajo** (calificación 8-10) **de sesgos**. Es importante recalcar que lo explicado constituye un método propio para poder aportar un valor de referencia fácilmente comprensible en la lectura de esta revisión.

3.6 ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Una vez realizada la extracción de datos de los estudios incluidos, se efectuó un análisis y síntesis para integrar la información. Se decidió emplear como procedimiento de análisis cualitativo, descartando así el cuantitativo dado la gran heterogeneidad interestudio observada.

4. RESULTADOS

4.1 BÚSQUEDA DE LITERATURA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Tras introducir en las 3 bases de datos (Pubmed, Cochrane y PsycInfo) los términos y palabras clave descritos anteriormente se obtuvieron un total de 322 artículos. Para ayudar a acotar se aplicaron los filtros (“ECA”, “publicación entre 2016 y 2023” e “idioma castellano, inglés o catalán”), excluyéndose 191 registros publicados antes de 2016, 1 artículo escrito en otro idioma no comprensible, 50 textos diferentes a ECA y 13 duplicados.

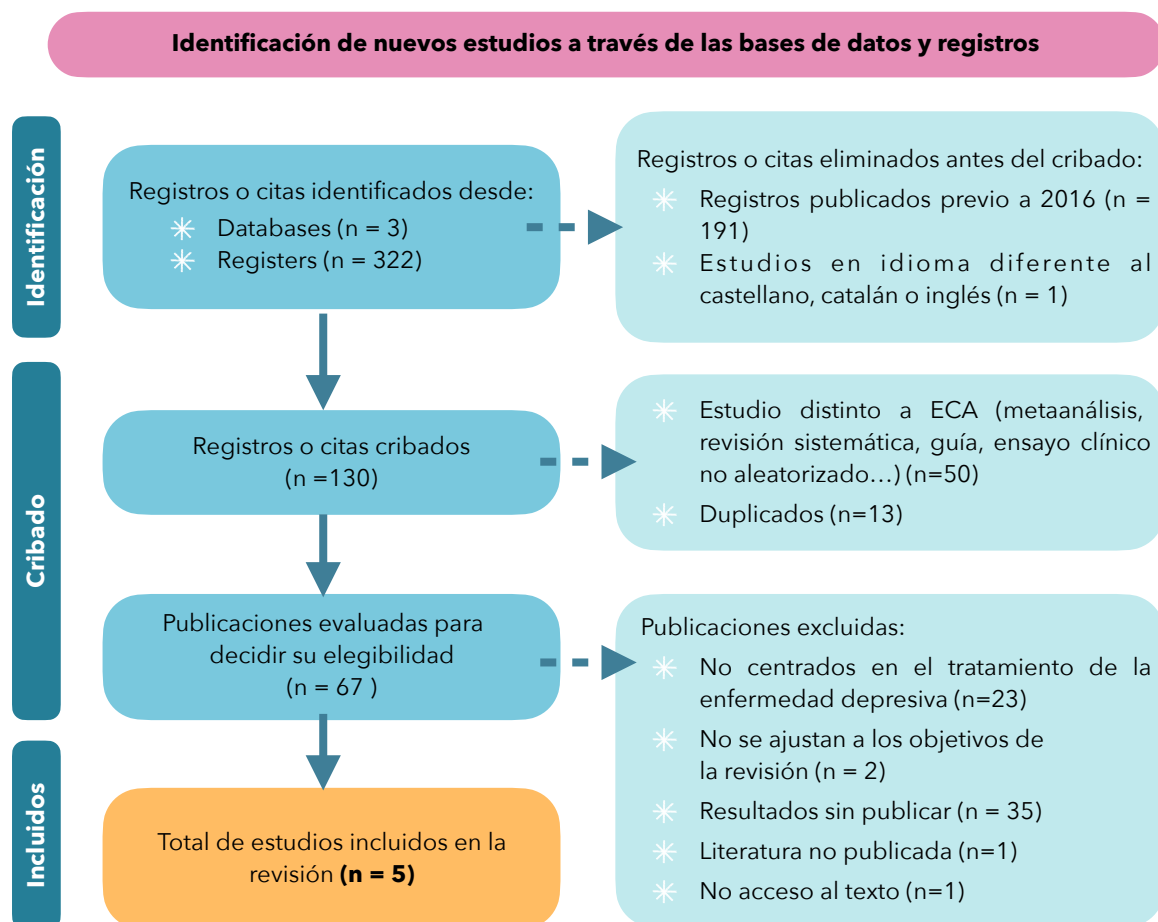


Figura 2. Diagrama de flujo según PRISMA.

Acto seguido, estos 67 resultados fueron sometidos a una búsqueda manual para delimitar los artículos en base a nuestros criterios de inclusión y objetivos. Por tanto, al revisar el título y el abstract, como se aprecia en el diagrama de flujo (figura 2), se eliminaron 23 textos realizarse en pacientes con otros procesos patológicos en lugar

de enfermedad depresiva diagnosticada, 2 al no cumplir con los objetivos de la revisión, 35 porque sus resultados no estaban publicados, 1 por no estar publicada la literatura y otro al no permitir el acceso a lectura.

En definitiva, se obtuvieron 5 artículos, que al cumplir con todos los criterios de elegibilidad, fueron seleccionados para incluirse en la presente revisión sistemática.

4.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

De los artículos finalmente seleccionados, los cinco son ensayos clínicos aleatorizados, siendo tres de un solo ciego (38-40) y el resto doble ciego (41,42).

La fecha de publicación de todos ellos se comprende entre el 2016 y 2023 y han sido realizados en varios países de distintos continentes, entre ellos: 2 en Tailandia (38,42), 1 en Israel (41), 1 en Irlanda del Norte (39) y 1 en Canadá (40).

Se centraban todos en investigar los beneficios de la musicoterapia en el abordaje de los síntomas depresivos, comparando dos grupos o en el caso de un estudio tres grupos (38). Como intervención se utilizaron diferentes técnicas relacionadas con la música: algunas basadas en enfoques activos (39, 40), otras en enfoques receptivos (41, 42) y uno en ambas (38). Respecto al grupo control, todos se centraron en la atención usual a excepción del de *Shamai-Leshem et al.* (41) que usó la MT para compararla con la intervención de GC-MRT.

Dentro de los objetivos que planteaban destaca la valoración de los síntomas depresivos, siendo principales en algunos estudios o secundarios en otros, pero estando presentes en todos. Para ello emplearon escalas validadas como MADRS tailandesa (38,41), TDI (38), CES-DC (39), HADS (40), BDI-II (41) y PHQ-9 (42). Por otro lado también tuvieron en cuenta objetivos secundarios como la calidad de vida con SF-36 Tailandesa (38) y EQ-5D-5L (42) y otros síntomas asociados: la comunicación e interacción del niño con la Social Skills Improvement System Rating Scales (SSIS), la autoestima con la Escala de Rosenberg, el funcionamiento

social con la Child Behaviour Checklist y funcionamiento familiar con la Family Assessment Device (39); los síntomas de ansiedad con la HADS y la discapacidad con WHODAS 2.0 (40); y la adherencia a medicamentos con la escala MARS (42), entre otros que no aportaban tanto interés.

En cuanto a las características de la población, el tamaño muestral total estudiado fue de 341 individuos, utilizándose una muestra mínima de $n=14$ (38) y una máxima de $n=251$ (39). Todos los individuos poseían diagnóstico de trastorno depresivo por alguna escala certificada y la media de edad rondaba los 42 años, excluyéndose en el cálculo el ensayo de *Porter et al.* (39) al ser el único que estudiaba a niños y no aportar la media de edad de su población (solo especificó que tenían entre 8-16 años y que el 59 % eran >13 años). Respecto a los sexos, en el total de la muestra el 63% fueron mujeres y el 37% hombres. Concretamente solo en uno predominaba la participación masculina con un 57% (41), mientras que en los demás la mayoría eran mujeres, constituyendo >79% en dos de ellos (38,42). Finalmente, en dos estudios la etnia blanca supuso >79% de los participantes (38, 39), sin especificarse en los demás.

A continuación se adjunta la tabla de extracción de datos.

Tabla 4. Tabla de extracción de datos.

Identificación		Método	Muestra	Planteamiento		Resultados y análisis	
Autor, año y país	Tipo de estudio	Procedimiento	Población a estudio	Objetivo	Variables y métodos de evaluación	Principales resultados	Conclusión
Active versus receptive group music therapy for major depressive disorder—A pilot study							
Atiwannapat et al. (2016)	ECA de un solo ciego Thailandia Duración: 12 semanas	Manteniendo medicación, 1 sesión grupal/sem de 1 h: 1) Grupo de asesoramiento (control): mejorar habilidades de afrontamiento de los problemas 2) Grupo de MT activa: canto, instrumentos 3) Grupo de MT pasiva/receptiva: escucha, análisis, escritura.	n = 14 18- 65 años, con dx de TDM por la CIE-10 y con ≥ 7 p en MADRS. <u>Criterios de exclusión:</u> psicoterapia o terapia electroconvulsiva, (...)	Obj 1°: Comparar MT vs psicoterapia en el tratamiento del TDM. Obj 2°: Demostrar que la técnica de MT activa da mayores beneficios que la terapia receptiva.	Evaluación en semana 0, 1 y meses 3 y 6. -Principal: Síntomas depresivos (MADRS thai). -Secundarios: Gravedad depresión (TDI) y calidad de vida (SF-36 Thai).	- ↓ de MADRS Thai mayor con MT que en control, pero no significativas (p al 1,3 y 6 mes = 0,74, 0.31, 0.51). Mayor ↓ en MT activa, pero ↓ más rápida en MT receptiva. - ↑ SF-36 en MT vs ↓ en control, siendo no significativas (p al 1, 3 y 6 mes = 0.11, 0.62 y 0,77). - ↓ de TDI mayor con MT y ↑ con el control, no significativas (p al 1, 3 y 6 mes = 0.11, 0.62 y 0,77).	La MT grupal es interesante como refuerzo en el TDM, pues ↓ los síntomas depresivos aunque con un valor no estadístico: el <u>grupo receptivo</u> puede alcanzar el efecto máximo más rápido , pero el <u>grupo activo</u> puede tener un efecto mayor . Se requieren más investigaciones.
Music therapy for children and adolescents with behavioural and emotional problems: a randomised controlled trial							
Porter et al (2017)	ECA de un solo ciego Irlanda del norte Duración: 12 semanas	1) Grupo control o de tto de atención usual (TAU): asesoramiento psiquiátrico y/o medicación. 2) Grupo TAU + MT activa (Improvisación, cantar o instrumentos): 1 sesión individual de 30 min/semana.	n = 251 Niños 8-16 años (y sus padres), con dx de trastornos mentales y de comportamiento según la CIE-10 (Depresión, ansiedad, TEA).	Obj 1°: Examinar en la práctica clínica la eficacia de la MT combinada con TAU en jóvenes con necesidades de salud mental, respecto al TAU solo.	Evaluación semana 0, 13 y 26 -Principal: Comunicación e interacción del niño y paternos (SSIS). -Secundarios: Autoestima (Escala de Rosenberg), depresión (CES-DC) , Funcionamiento social (Child Behaviour Checklist) y funcionamiento familiar (Family Assessment Device).	En TAU+MT: -Pequeño ↑ de SSIS infantil no significativo (p = 0.19). Significativo en ≥ 13 años (p = 0,00007). - Mayor ↑ autoestima y ↓ de CES-CD en semana 13, mientras que ↑ funcionamiento social en sem 26, todos significativos (p= 0,0002, 0,004 y 0.0404 respectivamente). No diferencia significativa en el funcionamiento familiar entre grupos.	La mejora modesta en habilidades interactivas y comunicativas (en \geq de 13 años), en depresión y autoestima a corto plazo, proporciona evidencia del potencial de la MT para mejorar la salud mental de los adolescentes. Pero, no de forma definitiva, sino sugestiva: se necesitan más estudios.
Low-Intensity Cognitive Behavioural Therapy-Based Music Group (CBT-Music) for the Treatment of Symptoms of Anxiety and Depression: A Feasibility Study							
Trimmer et al. (2018)	ECA de un solo ciego Canadá Duración: 9 semanas	1) Grupo control o de tto de atención usual (TAU): psicoterapia en crisis y medicación. 2) Grupo de TAU + TCC-MT activa de baja intensidad (terapia cognitivo-conductual en contexto musical): 1 sesión grupal de 90 minutos/sem, de TCC con relajación, cantar...	n = 28 18-65 años, dx de ansiedad o depresión según DSM-V (...)	Obj 1°: Evaluar la viabilidad de la música basada en TCC (TCC-MT) de baja intensidad combinada con el TAU para abordar síntomas de depresión y ansiedad, comparado con TAU solo.	Evaluación en semana 0 y 10. -Principal: (...) No nos interesaban. -Secundarios: Síntomas de ansiedad y depresión (HADS) y la discapacidad (WHODAS 2.0).	- ↓ mayor de puntuaciones de depresión y ansiedad (HADS) en TAU+TCC-MT frente a control, pero no significativas (p HADS general = 0.733; p HADS Depression = 0.478; p HADS Anxiety = 0.488). - ↑ significativa de la discapacidad a corto plazo (p = 0.027) en TAU+TCC-MT.	Es factible ofrecer música basada en TCC de baja intensidad a los pacientes que asisten regularmente a los servicios comunitarios de salud mental. Puede reducir la discapacidad, aunque parece tener un efecto insignificante en los síntomas de ansiedad y depresión. Se necesitan más estudios.

Identificación		Método	Muestra	Planteamiento		Resultados y análisis	
Autor, año y país	Tipo de estudio	Procedimiento	Población a estudio	Objetivo	Variables y métodos de evaluación	Principales resultados	Conclusión
A randomized controlled trial of gaze-contingent music reward therapy for major depressive disorder							
Shamai-Leshem et al. (2020) <i>Israel</i>	ECA doble ciego Duración: 4 semanas	Durante tto farmacológico, 2 sesiones de 20 min/sem: 1) Grupo control de MT receptiva. Suena la música independientemente de si se mira a estímulos positivos o negativos. 2) Grupo de terapia de recompensa musical basada en la mirada (GC-MRT). Solo suena la música al mirar <u>hacia los estímulos positivos.</u>	n = 60 18-65 años, con dx TDM, ≥ 18 puntos en MADRS y <10 puntos en PHQ-9. <u>Criterios de exclusión:</u> medicación no estabilizada durante ≥ 3 meses o psicoterapia simultánea (...)	Obj 1°: Mediante GC-MRT (al mirar a las caras sonrientes recompensa con la música), pretenden modificar los patrones de comportamiento depresivos (tendencia a buscar los estímulos tristes) para mejorar los síntomas. Obj 2°: Demostrar que la reducción sintomática es mayor en pacientes que experimentaron su primer episodio respecto a los que ya tienen episodios anteriores.	Evaluación semana 0, 9 y a los 3 meses post-tto. -Principal: Depresión (MADRS). -Secundarios: Gravedad del TDM (BDI-II).	-↓ igualmente significativa de MADRS y de BDI-II (en ambos p post-tto <0 .0001; p seguimiento < 0.01) en ambos grupos. •En GC-MRT: ↓ significativa en el post-tto solo en pacientes con un primer episodio (ambas p post-tto < 0,001), pero en seguimiento solo en los de múltiples episodios (p = 0.039 y 0.022 respectivamente).	Aunque sí se evidencia una reducción de los síntomas depresivos en ambos grupos, no indican una eficacia clínica superior para GC-MRT sobre una condición de control con MT receptiva. Sin embargo, los análisis sugieren que GC-MRT puede tener una mayor eficacia para pacientes que se enfrentan a su primer episodio depresivo.
Effectiveness of Receptive Music Therapy with Imbedded 10 Hz Binaural Beats Compared with Standard Care for Patients with Major Depressive Disorder: A Randomized Controlled Trial							
Daengruan et al. (2021) <i>Thailandia</i>	ECA doble ciego. Duración: 8 semanas	1) Grupo control de Atención estándar (TAU): medicación habitual. 2) Grupo TAU+MT receptiva (escuchar música basada en ritmos a 10 Hz). Audio de 21 min, repetirlo 3 veces/sem en casa.	n= 18 ≥ 20 años con dx TDM leve-moderado, en primer episodio y con tto antidepressivo habitual.	Obj 1°: Eficacia del tratamiento estándar combinado con MT receptiva basada en ritmos binaurales de 10 Hz en comparación con el tratamiento estándar en pacientes con TDM. Obj 2°: Beneficios de la MT en la calidad de vida y adherencia a la medicación.	Evaluación en semana 0, 4 y 8. -Principal: Depresión (PHQ-9). -Secundarios: Calidad de vida (EQ-5D-5L) y adherencia a medicamentos (MARS).	-↓ progresiva de PHQ-9 con TAU+MT respecto al control, aunque no significativo (p = 0.32) - ↓ EQ-5D-5L y ↑ MARS más marcadas en TAU-MT, pero NO significativos (p = 0,96 y 0,49 respectivamente).	Los pacientes con TDM que recibieron MT basada en ritmos binaurales a 10 Hz junto con su medicación habitual no experimentaron una diferencia significativa en la puntuación de depresión, la calidad de vida y la adherencia a la medicación.

4.3 EVALUACIÓN DEL SESGO

4.3.1 Revman (herramienta de Cochrane)

Los resultados del análisis del riesgo de sesgo para los estudios seleccionados en la presente revisión se encuentran resumidos en las figuras siguientes e individualmente para cada estudio junto con su riesgo de sesgo medio en el *anexo 6*.

Los cinco estudios constituyen ECAs, por lo que ambos dominios de **sesgo de selección** se califican como riesgo bajo excepto en el estudio de *Shamai-Leshem et al.* (41) donde no se especifica el método utilizado en la generación de la secuencia aleatorizada (riesgo poco claro). En todos fue bajo el riesgo del **sesgo de detección** al cegar a los evaluadores, en cambio, las puntuaciones del **sesgo de realización** fueron heterogéneas, pues dos de ellos mantuvieron cegados a los participantes y personal (41, 42) mientras que otros tres no lo hicieron (38-40). En tres artículos (40-42) no informaron de ningún **sesgo de desgaste**, no obstante, en otros dos los datos resultaron incompletos: en el estudio de *Porter et al.* (39) se registraron grandes pérdidas de pacientes no equilibradas pero imputaron los resultados faltantes (unclear risk), mientras que en el de *Atiwannapat et al.* (38) ni el gran número de abandonos fue equilibrado ni hubo imputación (alto riesgo de sesgo). Ninguno de los estudios incluidos detuvo sus ensayos antes de tiempo ni notificó selectivamente sus resultados, a excepción de uno que no describió sus resultados secundarios aunque si los publicó en tablas, obteniéndose un riesgo alto de sesgo de informe (40). Finalmente, no hubo otros sesgos que informar quitando algunos posibles factores de confusión en dos artículos, que al informarse solo como posibilidad se calificaron como riesgo poco claro (38, 40).

En definitiva, según nuestro sistema de cálculo de riesgo, los estudios abarcados tienen un riesgo moderado (38-40) y bajo de sesgo (41,42) pues generalmente todos implementaron procedimientos estrictos en su metodología, obteniéndose una media de 8/10 que se interpreta finalmente como bajo riesgo.

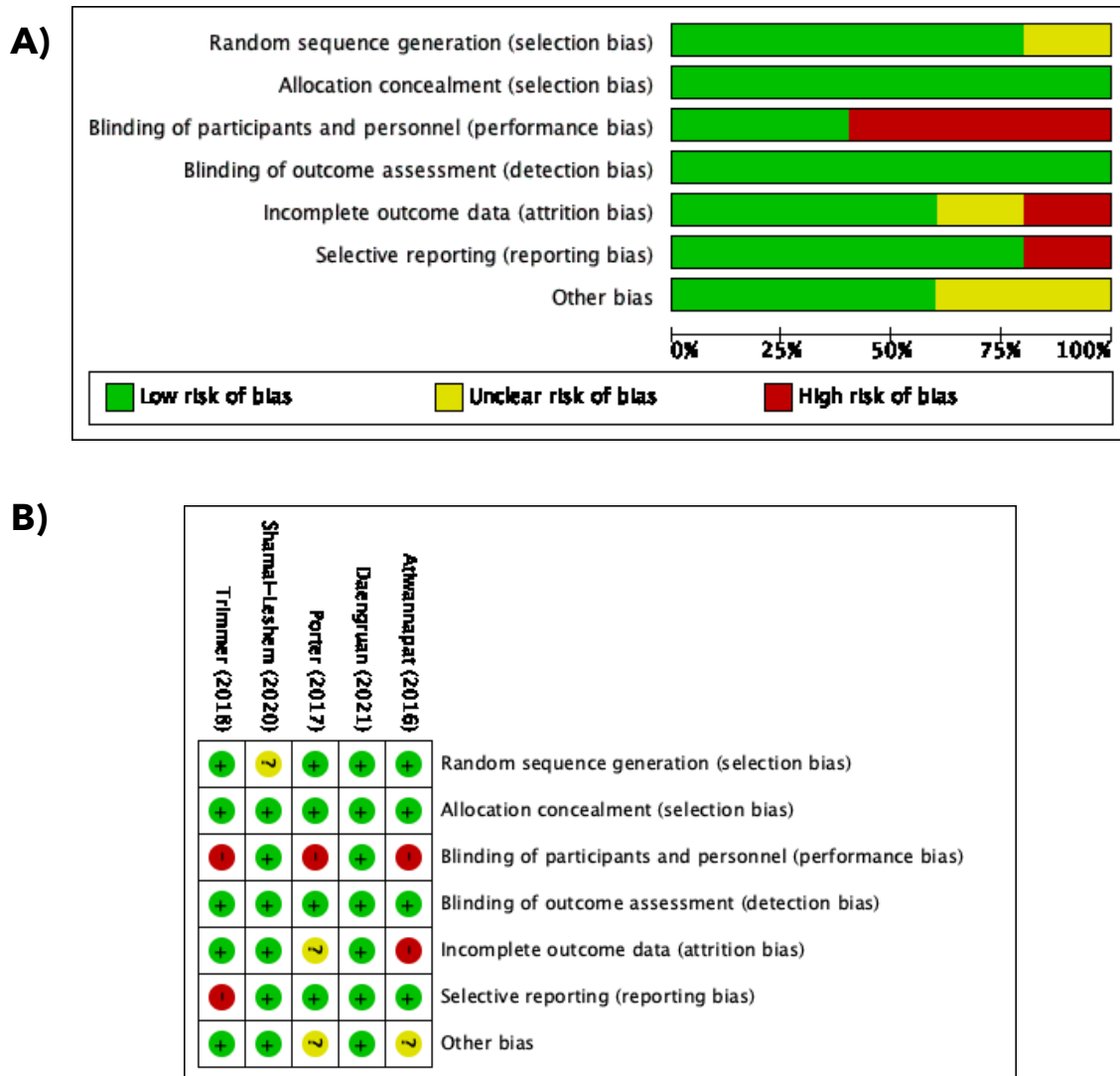


Figura 3. Tablas de análisis de riesgo de sesgo con Revman: **A)** Gráfica del riesgo de sesgo. **B)** Resumen del riesgo de sesgo con los estudios ordenados alfabéticamente.

4.4 SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS

A continuación, se describen las características de los estudios y sus principales hallazgos, más concretamente por individual, en relación con los objetivos inicialmente establecidos en la revisión:

Active versus receptive group music therapy for major depressive disorder–A pilot study (2016). En el estudio de **Atiwannapat et al.** (38) 14 sujetos entre 18 y 65 años con diagnóstico de TDM por la CIE-10 fueron asignados aleatoriamente a

tres grupos: uno de musicoterapia grupal activa (cantar, tocar instrumentos y componer), otro de musicoterapia grupal pasiva (escuchar música y analizarla) y un tercer grupo control de asesoramiento grupal guiado por un psicoterapeuta especializado en resolución de problemas y mejora de habilidades de afrontamiento. Con un modelo de sesiones semanales de 60 minutos durante 12 semanas, y mientras seguían tomando la medicación antidepresiva habitual, se pretendía comparar la eficacia de la musicoterapia frente al grupo control; así como probar la hipótesis de que la terapia activa daría mejores resultados que la pasiva. Los resultados principales fueron los síntomas depresivos, medidos con versión tailandesa de la *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS Thai); mientras que los secundarios fueron el cuadro depresivo esta vez valorado con la *Thai Depression Inventory* (TDI) y la calidad de vida con la versión tailandesa de la Encuesta de Salud SF-36 (SF-36 Thai). Al inicio, al mes, a los 3 y 6 meses (justo al terminar las sesiones y 3 meses después) se evaluaron y tras analizarlos se evidenció una reducción en puntuaciones de MADRS Thai estadísticamente no significativa (p valor a los 1,3 y 6 meses = 0,74, 0.31, 0.51) en los dos grupos de MT respecto al control, siendo mayor en el activo pero más rápido en el pasivo. Exactamente lo mismo ocurrió con TDI y SF-36, pues las puntuaciones mejoraron no significativamente en los grupos activo y receptivo, no obstante, empeoraron con la psicoterapia (p valor de TDI al 1, 3 y 6 mes = 0.11, 0.62 y 0,77; p valor de SF-36 al 1, 3 y 6 mes = 0.22, 0.31 y 0.25).

Music therapy for children and adolescents with behavioural and emotional problems: a randomised controlled trial (2017). La población del ensayo publicado por **Porter et al.** (39) estaba comprendida por 251 niños entre 8-16 años, con diagnóstico por la CIE-10 de trastornos mentales y de comportamiento (depresión, ansiedad, TEA..), y sus padres. En las 12 semanas que duraba el estudio, unos fueron asignaron a un grupo control donde recibían la atención habitual (asesoramiento psiquiátrico y/o medicación), mientras que otros

integraron el grupo de musicoterapia activa con atención usual (una sesión individual semanal de 30 minutos donde cantar, tocar instrumentos y moverse). De esta forma, el objetivo que se marcó fue examinar la eficacia de la MT en niños y adolescentes con necesidades de salud mental. Para ello se evaluaron al inicio y en las semanas 13 y 26 las variables principales como la comunicación e interacción del niño (*Social Skills Improvement System Rating Scales, SSIS*); y las secundarias como la autoestima (Escala de Rosenberg), depresión (*Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children, CES-DC*), funcionamiento social (*Child Behaviour Checklist*) y familiar (*Family Assessment Device*). Demostraron una mejora no significativa en el SSIS infantil (IC 95%= -1.2 a 6.1; $p = 0.19$) con la intervención respecto al control, en cambio, al dividir por edades, en mayores o igual a 13 años sí se demostró un pequeño efecto significativo (IC 95% =1.6 a 10.5 y $p = 0,007$). Así mismo al analizarse de acuerdo a los diagnósticos de ansiedad o depresión no se observaron diferencias concluyentes (En niño IC 95% = -2.1 a 6.9 y p valor =0.69).

También mejoraron significativamente en la semana 13 la depresión (IC 95%= -8,6 a -1,7; $p = 0,004$) y la autoestima (IC 95%= 0.8 a 3.4; $p = 0,0002$) en el grupo de intervención, aunque ambas sin mantenerse en la semana 26. Respecto al funcionamiento social solo se halló mejora significativa a medio plazo con la música combinada con la atención usual (IC 95 % = -14.4 a -4; $p = 0.0404$) y en tanto al funcionamiento familiar no hubo ninguna diferencia concluyente entre ambos grupos ni a corto ni a medio plazo.

Low-Intensity Cognitive Behavioural Therapy-Based Music Group (CBT-Music) for the Treatment of Symptoms of Anxiety and Depression: A Feasibility Study (2018). El estudio de 9 semanas realizado por **Trimmer et al.** (40) se realizó en 28 individuos entre 18-65 años con diagnóstico de ansiedad o depresión según la DSM-V con el objetivo de demostrar los beneficios en el abordaje de síntomas ansiosos y depresivos al combinar una atención usual de medicación y

psicoterapia con una sesión semanal de música activa basada en la terapia cognitivo-conductual (TAU+TCC-Music) sobre un grupo control con solo atención usual (TAU). Se evaluaron al inicio y tras 10 semanas los síntomas ansiosos y depresivos con la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), y la discapacidad con el cuestionario de Evaluación de Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0). A pesar de evidenciar una reducción no significativa en las puntuaciones de depresión y ansiedad en TAU+TCC-MT respecto al control (p HADS general = 0.733; p HADS Depression = 0.478; p HADS Anxiety = 0.488), el beneficio en la discapacidad sí lo fue a corto plazo (p = 0.027).

A randomized controlled trial of gaze-contingent music reward therapy for major depressive disorder (2020). Shamai-Leshem et al. (41) reunieron a 60 sujetos entre 18-65 años con TDM moderada (MADRS >18 puntos) y en tratamiento antidepresivo para someterlos a un estudio que pretendía demostrar la mejora de los síntomas depresivos con una innovadora terapia de recompensa musical basada en la mirada (diseñado para desviar la atención de los estímulos tristes hacia los estímulos alegres y así modificar la conducta pesimista de la depresión) frente a un grupo de musicoterapia receptiva básica (sonaba la música independientemente a la mirada); así como probar una mayor eficacia en pacientes que se enfrentan a su primer episodio depresivo respecto a los que ya han experimentado episodios previos. Durante 4 semanas se llevaron a cabo 2 sesiones semanales de 20 minutos y se evaluaron los resultados principales como los síntomas depresivos con MADRS y los secundarios como la gravedad del TDM con el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) al inicio, a la semana 9 (1 semana post-tto) y 3 meses más tarde (seguimiento). Se evidenció que ambos grupos mostraban con el paso del tiempo una reducción progresiva en el MADRS igualmente significativa (p valor post-tto <0.0001, d = 0,80; p valor seguimiento < 0.01, d = 0,44). Lo mismo ocurría con BDI-II (p valor post-tto < 0.0001, d = 0,73; p valor seguimiento < 0.01, d = 0,35). Por otro lado, examinando el grupo GC-MRT

se demostró que en el post-tto las puntuaciones MADRS y BDI-II se reducían de forma significativa en pacientes con un primer episodio (en ambos $p < 0,001$), pero no si tenían múltiples episodios pasados ($p = 0.208$ y 0.324 respectivamente). En cambio, en el seguimiento los del primer episodio se mantenían estables ($p = 0.335$ y 0.173 respectivamente), mientras que los de múltiples episodios padecían una reducción adicional de los síntomas ($p = 0.039$ y 0.022 respectivamente).

Effectiveness of Receptive Music Therapy with Imbedded 10 Hz Binaural Beats Compared with Standard Care for Patients with Major Depressive Disorder: A Randomized Controlled Trial (2021). El artículo de **Daengruan et al.** (42) empleó como población a 18 sujetos ≥ 20 años con diagnóstico de TDM leve-moderado en el primer episodio. La finalidad de su estudio era enfatizar la efectividad a nivel individual de la musicoterapia receptiva en combinación con el tratamiento estándar (medicación habitual) en el abordaje de los síntomas de la depresión versus el tratamiento estándar. Durante 8 semanas, el grupo de MT se sometió a 3 sesiones semanales que consistían en escuchar música basada en ritmos binaurales de 10 Hz. El resultado principal fue la gravedad de la depresión calificada con el Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) y los secundarios la calidad de vida con la versión tailandesa de la *Euro Quality of Life Five-Dimension* (EQ-5D-5L) y la adherencia a la medicación con *Medication adherence rating scale* (MARS). Después de un seguimiento de 4 y 8 semanas, las puntuaciones de PHQ-9 fueron progresivamente inferiores con la TAU+MT respecto al control, aunque no significativas (IC 95 % = -4.46 a 1,46; $p = 0.32$). Mientras que ambos grupos no difirieron significativamente en el EQ-5D-5L (IC 95 % = -0.088 a 0.084; $p = 0.96$), el MARS sí mostró mejores resultados no significativos en el grupo de intervención (IC 95%:=-0.71 a 1.50; $p = 0.49$).

5. DISCUSIÓN

Los acontecimientos ocurridos en los últimos años, entre ellos la pandemia, han repercutido significativamente en la incidencia y gravedad de los trastornos depresivos, observándose un incremento del 28% en la sintomatología grave en solo un año (30). Esta gran prevalencia de la depresión hace que constituya un problema de salud mundial, que al unirse a los riesgos que pueden acarrear los fármacos, genera un gran interés en el desarrollo e investigación acerca de tratamientos novedosos.

Por ello, la presente revisión sistemática trata de inspeccionar la evidencia de la musicoterapia publicada hasta el momento en el manejo de los trastornos depresivos, recogiendo un total de 371 pacientes sometidos a diferentes actividades relacionadas con la música y valorando diferentes objetivos, siendo lo principal la eficacia en los **síntomas depresivos**.

Estudios anteriores como el de *Castillo-Perez et al.* (43) demostraron que la terapia con música en pacientes con depresión producía una mejora en los síntomas, corroborado por la revisión de *Aalbers et al.* (44), realizada en 2016, que con una evidencia moderada, sugirió en general un progreso de los síntomas con la musicoterapia de refuerzo añadida al tratamiento usual (p. ej., psicoterapia y antidepresivos; medicamentos; atención colaborativa, terapia ocupacional). No obstante, *Brandes et al.* (45) pusieron en duda la eficacia de esta misma terapia combinada, al no obtener beneficios significativos en las puntuaciones depresivas. Por lo tanto, hasta el 2016 la efectividad de la musicoterapia no resultaba concluyente dado la discrepancia entre los resultados, que podían atribuirse a los distintos tiempos de seguimiento, las preferencias musicales y las diferencias entre la naturaleza de las enfermedades de los pacientes (44).

En esta revisión sistemática, se han evaluado cinco ensayos clínicos aleatorizados publicados entre 2016 y 2023. Por un lado algunas técnicas se basaron en la MT pasiva (escuchar música), como *Daengruan et al.* (42), que consiguieron una mejora

no significativa combinando la medicación habitual con la escucha de música a ritmo de 10 Hz. Esto no concuerda con lo obtenido por **Shamai-Leshem et al.** (41), pues comparando la técnica innovadora de recompensa musical basada en la mirada (GC-MRT) con un control de musicoterapia receptiva, ambos de pacientes medicados, demostraron progresos sintomáticos significativos en ambos grupos. Esta falta de diferencia podría explicarse si suponemos que escuchar música tiene un efecto terapéutico, de forma que el efecto de GC-MRT podría haber estado enmascarado por un efecto mejorado e ininterrumpido de la música en la condición de control. Esto apoyaría la hipótesis de que la música incide beneficiosamente en los síntomas depresivos y en el estado de ánimo, en consonancia con lo descrito por *Erkkilä et al.* y *Justin et al.* (46, 47).

Por otro lado, otros estudios emplearon técnicas activas basadas en el canto o tocar instrumentos. Mientras que **Trimmer et al.** (40) constataron mejores puntuaciones depresivas aunque no significativas con la suma de medicación, psicoterapia y música basada en la TCC (TAU+TCC-MT), **Porter et al.** (39) visualizaron un pequeño progreso a corto plazo significativo al añadir musicoterapia al asesoramiento psiquiátrico y/o medicación, sin mantenerse a medio plazo. Este último estudio al utilizar una muestra más extensa, consiguió representar adecuadamente a la población de estudio, y por tanto reveló la potencialidad de la MT activa para mejorar la salud mental de los adolescentes.

Finalmente, el estudio de **Atiwannapat et al.** (38) unificó las dos técnicas, asignando pacientes con medicación de base a tres brazos de comparación: musicoterapia activa, pasiva y psicoterapia. Además de lograr mayores beneficios con la música, se determinó que el efecto beneficioso era mayor con la técnica activa pero más rápido con la receptiva. Esto concordaría con la evidencia científica revisada hasta ahora, pues se informaba que la MT activa mostraba una "relación dosis-respuesta" (48). No obstante, la tasa de abandono de este quinto artículo (38) fue mayor en el grupo de control y desequilibró el número de pacientes por grupo, por lo que los resultados pueden estar sesgados.

Otro de los objetivos establecidos fue evaluar la **calidad de vida**, valorada en solo dos artículos. Por un lado, **Atiwannapat et al.** (38) revelaron aumentos en las puntuaciones utilizando musicoterapia en pacientes con medicación de base, aunque tanto a corto como a medio plazo fueron no significativas. Dichos hallazgos son similares en la investigación de **Daengruan et al.** (42), dado que, combinando la MT a ritmos de 10 Hz con la medicación usual, también obtuvieron mejoras no significativas, aunque esta vez mayores en el grupo control de medicación. Una vez más, esto concuerda con lo descrito por **Erkkilä et al.** (46). Por lo tanto, aunque existe una tendencia ascendente en las puntuaciones de calidad de vida con diferentes técnicas de MT, no se puede concluir con total evidencia.

En cuanto a otros **síntomas acompañantes o consecuencia de la depresión**, se han evaluado en 2 ensayos. En el caso de **Trimmer et al.** (40) se midieron los síntomas de ansiedad y discapacidad en adultos, y mientras que la ansiedad no fue concluyente, la discapacidad sí se alivió significativamente con la triple terapia (medicación, psicoterapia y TCC-Music). Por el contrario, **Porter et al.** (39) pusieron su foco de estudio en los jóvenes con necesidades de salud mental. Añadiendo MT a TAU (asesoramiento psiquiátrico y/o medicación) evidenciaron a corto plazo mejoras en la autoestima que no se mantuvieron con el tiempo. No obstante, al constituir un factor influyente en los patrones de comportamiento que retroalimentan la depresión, y por tanto poder reducirla a corto plazo, se justifica una mayor exploración para determinar si las modalidades alternativas de la MT tienen el potencial de aumentar la duración del efecto. A la larga, en cambio si se hallaron beneficios en el funcionamiento social y en la comunicación e interacción del adolescente (en >13años). Sin embargo, no hubo diferencias en el funcionamiento familiar entre ambos grupos. Así mismo, **Daengruan et al.** (42) aunque no lo evalúan, comentan en su discusión la posible implicación de la música a ritmos binaurales en la reducción de la incomodidad y desánimo, por lo que podría constituir un tema de interés para desarrollar e investigar en un futuro estudio.

En cuanto a efectos indeseados, un ensayo (42) registró los **efectos secundarios** que padecían los participantes durante la escucha de música. En este caso solo un paciente experimentó cefalea y náuseas, sin repetirse y sin impedir reanudar las sesiones; y otros dos insomnio. No obstante, 1) no constituyen efectos secundarios potencialmente graves para la vida de los individuos y 2) simplemente se han informado, sin investigarse si la causa reside en la musicoterapia, por lo que no se le pueden atribuir directamente. Así pues, los demás ensayos tampoco han reportado ninguna molestia adicional, por lo que prueba que la música parece tener un buen perfil de seguridad.

Cabe destacar que los estudios revisados poseen algunas limitaciones. Primero, el moderado tamaño muestral menor a 60 en cuatro artículos (38, 40-42) y la duración de estudio diferentes (máxima de 12 semanas) pueden conllevar un poder estadístico limitado para detectar las diferencias en los resultados. Esto unido a que la mayoría de la participación fue femenina, constituye que la muestra fuera no representativa como para predecir el mismo resultado en hombres y generalizar los hallazgos. Tercero, las poblaciones e intervenciones empleadas han podido generar heterogeneidad en los resultados, pues los estudios no solo difieren en la nacionalidad, preferencias musicales, enfermedades asociadas y evolución de la patología en cada paciente, sino también en las técnicas y número de sesiones en las que han participado, por lo que es complicado sacar resultados concluyentes. Y además, debido al pequeño número de estudios sobre cada técnica, la interpretación de los resultados en esta revisión puede estar sesgada.

Para seguir, debido a la naturaleza de la musicoterapia, los participantes y los terapeutas no pudieron mantenerse cegados, por lo que no se puede descartar un posible efecto placebo. En quinto lugar, otros factores además de la musicoterapia pueden haber conducido a la diferencia en los efectos del tratamiento, pues en algunos estudios (38,41) permitieron que los participantes siguieran con su medicación de forma independiente para simular la práctica clínica real, pero al tratarse de fármacos diferentes y no controlarlos como variable pueden haber

constituido un posible factor de confusión, a pesar de que se intentó eliminar factores no controlados mediante la aleatorización. Finalmente, en sexto lugar, las duraciones de los estudios no fueron extensas, pues la máxima fue de 12 semanas (38,39). Teniendo esto en cuenta, solo tres ensayos valoraron los resultados a medio plazo (38,39,41) y ninguno a larga. Se recomienda en futuros estudios ampliar la muestra y la duración del estudio así como evaluar los resultados a largo plazo.

6. CONCLUSIÓN

En la presente revisión se ha recogido la evidencia publicada en los últimos ocho años sobre la eficacia de la musicoterapia en los trastornos depresivos, obteniéndose gran variabilidad de resultados. Por un lado, dos estudios sí han demostrado claras mejoras (significativas) en los síntomas depresivos, observándose que en jóvenes es de mayor utilidad la combinación de musicoterapia activa con psicoterapia y/o medicación (39), mientras que en adultos con medicación de base lo son los enfoques receptivos (independientemente de si la técnica está basada en la mirada o en la MT pasiva básica) (41). Esto último contrasta con los artículos restantes, donde en adultos no se observaron diferencias significativas al añadir a la terapia habitual técnicas de musicoterapia, ni activas ni receptivas (ya sean basadas en la terapia cognitivo-conductual o en ritmos binaurales de 10 Hz) (38, 40, 42). Por otro lado, también se lograron progresos en la discapacidad (41), en la comunicación de los adolescentes, en el funcionamiento social, y a corto plazo en la autoestima (39), siendo todos factores que repercuten en la calidad de vida y que cabe modificar en estos pacientes. No obstante, las puntuaciones en la calidad de vida no obtuvieron suficiente valor estadístico (38, 42).

Probablemente la variabilidad de los resultados resida en la heterogeneidad de las poblaciones e intervenciones, dado que los participantes no solo difieren en su procedencia, edad, género, evolución de la patología y preferencias musicales, sino

también en las técnicas de música empleadas, en el número de sesiones impartidas y en las escalas de evaluación de los resultados. Esto unido al insuficiente tiempo de estudio y a los modestos tamaños muestrales, hace que el poder estadístico sea limitado y que sea difícil determinar unos resultados generalizables para la sociedad, pues cabe destacar que cada paciente es diferente y que el tratamiento debe individualizarse y ajustarse para cada uno.

No obstante, a pesar de que los hallazgos recogidos no son estadísticamente concluyentes, se evidencia claramente en todas las intervenciones una tendencia de progreso en los síntomas depresivos y en dominios de la calidad de vida. Por esta razón, en nuestra revisión concluimos que la musicoterapia podría considerarse una terapia de refuerzo de gran utilidad en la depresión, sobre todo durante la infancia y a la hora de intensificar el tratamiento en adultos, al mostrar un efecto beneficioso y sinérgico en la reducción de los síntomas depresivos. Sin embargo, debido al pequeño número de estudios sobre cada técnica, la interpretación de los resultados debe considerarse con cautela.

Dada la naturaleza económica de esta intervención y la aparente falta de efectos secundarios dañinos, se justifica la necesidad de más estudios, con mayor tamaño muestral y duración, que puedan investigar a fondo todos los beneficios potenciales de la musicoterapia en la depresión.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. La depresión [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS). 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Heredia J. Guía para el tratamiento psicológico de la Depresión [Internet]. Psiky | Asesoramiento para Psicólogos. Psiky; 2021. Disponible en: <https://www.psyky.es/practica-clinica/tratamiento/depresion/>
3. What is depression? [Internet]. American Psychiatric Association. 2020. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/Patients-Families/Depression/What-Is-Depression>
4. Mathers C, Fat D, Boerma JT. The global burden of disease: 2004 Update. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2008.
5. Steffens DC, Otey E, Alexopoulos GS, Butters MA, Cuthbert B, Ganguli M, et al. Perspectives on Depression, Mild Cognitive Impairment, and Cognitive Decline. Arch Gen Psychiatry. 1 de febrero de 2006;63(2):130.
6. Mohd S, Sidik RL, Aini M, et al. The prevalence of depression among elderly in an urban area of Selangor, Malaysia. Int Med J. 2005; 4: 57–63.
7. Hsu G, Wan Y, Adler D, Rand W, Choi E, Tsang B. Detection of Major Depressive Disorder in Chinese Americans in Primary Care. 2005;15.
8. Vergel Hernández J, Barrera Robledo ME. Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? Rev Médica Risaralda. 13 de junio de 2021;27(1).
9. Gabarrón Hortal E, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix Soriano I, Jover Blanca A, Arenas Prat M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2002;29(6):329–35. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-deteccion-trastornos-depresivos-atencion-13029743>

10. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Tenth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. 2 p.
11. Lizárraga, M. C., Zamora, S. R., Morales, L. V. A., & Anda, V. M. D. de. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. Revista Neurología, Neurocirugía Y Psiquiatría, 39(4), 132–137.
12. Márquez Cardoso E, Soriano Soto S, García Hernández A, Falcón García MP. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Atención Primaria. octubre de 2005;36(6):345-6.
13. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev Fac Med UNAM 2006;49(2):66-72.
14. Mihailescu S, Drucker-Colín R. Nicotine, Brain Nicotinic Receptors, and Neuropsychiatric Disorders. Archives of Medical Research. marzo de 2000;31(2):131-44.
15. Baldwin DS, Birtwistle J. An atlas of depression. New York: Parthenon Pub. Group; 2002. 124 p.
16. Harvey BH, McEwen BS, Stein DJ. Neurobiology of antidepressant withdrawal: implications for the longitudinal outcome of depression. Biological Psychiatry. noviembre de 2003;54(10):1105-17.
17. Arlington VA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) Quinta edición. Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
18. Ministerio de Sanidad, SS e igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. 2014. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
19. Guarch J, Navarro V. Tratamiento del Trastorno Depresivo [Internet]. Clínic Barcelona. 3 de abril del 2018. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-depresivo/tratamiento>

20. Perez, R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Revista de la Facultad de Medicina. México. Octubre de 2017; 60(5):7-16
21. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. Can J Psychiatry. septiembre de 2016;61(9):540-60.
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica: Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente [Internet]. 2013. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Depre%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Depre%20(1).pdf)
23. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding Psychotherapy to Pharmacotherapy in the Treatment of Depressive Disorders in Adults: A Meta-Analysis. J Clin Psychiatry. 15 de septiembre de 2009;70(9):1219-29.
24. Ching J, Londoño-McConnell A, Molitor N, Ritz M. Entendiendo la psicoterapia [Internet]. American Psychological Association. 2012. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/entendiendo-la-psicoterapia>
25. About psychotherapy [Internet]. European Association for Psychotherapy. 2019. Disponible en: <https://www.europsyche.org/about-psychotherapy/what-is-psychotherapy/>
26. Cost effectiveness of psychotherapy [Internet]. European Association for Psychotherapy. 2018. Disponible en: <https://www.europsyche.org/about-psychotherapy/cost-effectiveness-of-psychotherapy/>
27. Barth J, Munder T, Gerger H, Nüesch E, Trelle S, Znoj H, et al. Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A

- Network Meta-Analysis. Tsai AC, editor. PLoS Med. 28 de mayo de 2013;10(5):e1001454.
28. Interpersonal Psychotherapy [Internet]. University of Miami Health System. 2017. Disponible en: <https://www.umiamihealth.org/es/tratamientos-y-servicios/psiquiatría/interpersonal-psychotherapy>
29. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. Hanlon C, editor. PLoS Med. 15 de febrero de 2022;19(2):e1003901.
30. WHO. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. World Health Organization; 2 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
31. Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 5 de octubre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
32. European Music Therapy Confederation website [Internet]. EMTC. European Music Therapy Confederation; 2022. Disponible en: <https://emtc-eu.com>
33. Chanda ML, Levitin DJ. The neurochemistry of music. Trends in Cognitive Sciences. abril de 2013;17(4):179-93.
34. Jones P. What is music therapy? En: The Arts Therapies. 2nd edition. I Milton Park, Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, 2020.: Routledge; 2020. p. 39–46.
35. Bruscia KE. Defining music therapy. 3rd ed. Gilsum, NH: Barcelona Publishers; 2014. 387 p.

36. Maratos A, Gold C, Wang X, Crawford M. Music therapy for depression. Cochrane Common Mental Disorders Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 23 de enero de 2008;
37. 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. *Revista Española de Cardiología*. septiembre de 2021;74(9):790-9.
38. Atiwannapat P, Thaipisuttikul P, Poopityastaporn P, Katekaew W. Active versus receptive group music therapy for major depressive disorder—A pilot study. *Complementary Therapies in Medicine*. junio de 2016;26:141-5.
39. Porter S, McConnell T, McLaughlin K, Lynn F, Cardwell C, Braiden HJ, et al. Music therapy for children and adolescents with behavioural and emotional problems: a randomised controlled trial. *J Child Psychol Psychiatr*. mayo de 2017;58(5):586-94.
40. Trimmer C, Tyo R, Pikard J, McKenna C, Naeem F. Low-Intensity Cognitive Behavioural Therapy-Based Music Group (CBT-Music) for the Treatment of Symptoms of Anxiety and Depression: A Feasibility Study. *Behav Cogn Psychother*. marzo de 2018;46(2):168-81.
41. Shamai-Leshem D, Lazarov A, Pine DS, Bar-Haim Y. A randomized controlled trial of gaze-contingent music reward therapy for major depressive disorder. *Depression and Anxiety*. febrero de 2021;38(2):134-45.
42. Daengruan P, Chairat R, Jenraumjit R, Chinwong D, Oon-arom A, Klaphajone J, et al. Effectiveness of Receptive Music Therapy with Imbedded 10 Hz Binaural Beats Compared with Standard Care for Patients with Major Depressive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Complementary Therapies in Medicine*. septiembre de 2021;61:102765.

43. Castillo-Pérez S, Gómez-Pérez V, Velasco MC, Pérez-Campos E, Mayoral MA. Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy*. noviembre de 2010;37(5):387-90.
44. Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE, Spreen M, Ket JC, Vink AC, et al. Music therapy for depression. Cochrane Common Mental Disorders Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 16 de noviembre de 2017;2017(11).
45. Brandes V, Terris DD, Fischer C, Loerbroks A, Jarczok MN, Ottowitz G, et al. Receptive Music Therapy for the Treatment of Depression: A Proof-of-Concept Study and Prospective Controlled Clinical Trial of Efficacy. *Psychother Psychosom*. 2010;79(5):321-2.
46. Erkkilä J, Punkanen M, Fachner J, Ala-Ruona E, Pöntiö I, Tervaniemi M, et al. Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. agosto de 2011;199(2):132-9.
47. Juslin PN, Sloboda JA. Music and Emotion. En: *The Psychology of Music* [Internet]. Elsevier; 2013. p. 583-645. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780123814609000158>
48. Grocke D, Bloch S, Castle D, Thompson G, Newton R, Stewart S, et al. Group music therapy for severe mental illness: a randomized embedded-experimental mixed methods study. *Acta Psychiatr Scand*. agosto de 2014;130(2):144-53.
49. Gold C, Solli HP, Krüger V, Lie SA. Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. abril de 2009;29(3):193-207.

8. ANEXO

ANEXO 1. Criterios de la DSM-V para el diagnóstico de los trastornos depresivos.

Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, 296.99 (F34.8)

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).

E. Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D.

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

K. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

Trastorno de depresión mayor (TDM)

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

* **Procedimientos de codificación y registro:** El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los códigos son los siguientes:

Especificador de gravedad/curso	Episodio único	Episodio recurrente*
Leve (pág. 126)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado (pág. 127)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave (pág. 127)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Con características psicóticas** (pág. 123)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En remisión parcial (pág. 126)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En remisión total (pág. 126)	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
No especificado	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

Trastorno depresivo persistente (distimia), 300.4 (F34.1)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes 1) Poco apetito o sobrealimentación, 2) insomnio o hipersomnia, 3) poca energía o fatiga, 4) baja autoestima, 5) falta de concentración o dificultad para tomar decisiones o 6) sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Trastorno disfórico premenstrual, 625.4 (N94.3)

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, *empezar* a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse *mínimos* o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.
3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de *cinco* síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)

G. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.

A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C, El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente pueden incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

	CIE-9-MC	CIE-10-MC		
		Con trastorno por consumo, leve	Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fenciclidina	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Otro alucinógeno	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Inhalante	292.84	F18.14	F18.24	F18.94
Opiáceo	292.84	F11.14	F11.24	F11.94
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (u otro estimulante)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Otra sustancia (o sustancia desconocida)	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Trastorno depresivo debido a otra afección médica, 293.83

A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

- (F06.31) Con características depresivas: No se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.
- (F06.32) Con episodio del tipo de depresión mayor: Se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio de depresión mayor.
- (F06.34) Con características mixtas: También existen síntomas de manía o hipomanía pero no predominan en el cuadro clínico.

Otro trastorno depresivo especificado, 311 (F32.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos (...). Algunos ejemplos de presentaciones que se puede especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

2. Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.

3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para depresión breve recurrente.

Otro trastorno depresivo no especificado, 311 (F32.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

ANEXO 2. Perfil de efectos adversos de los diferentes antidepresivos. Fuente: Guía de práctica clínica del Ministerio de Sanidad (18).

	Sistema nervioso central				Anticolinérgicos			Cardiovasculares			Gastrointestinales			Otros				Letalidad en sobredosis
	Sedación	Insomnio	Cefalea	Tembor	Boca seca	Sudoración	Hipotensión	Náuseas	Diarrea	Estreñimiento	Ansiiedad	Fatiga	Disfunción sexual	Ganancia de pesc				
ADT	Clomitipramina	+	-	++	++		++	+			+	++	++	+	Moderada			
	Amitriptilina, Duloxepina	++	-	-	+	++	++	-			-	-	+	++	Alta			
IMAOs	Imipramina	+	+	ND	ND	++	++	-			ND	ND	+	+	Alta			
	Desipramina, Norritilina	+	+	-	-	+	+	-			-	-	+	-	Alta			
	Lofepramina	-	+	ND	ND	+	+	-			ND	ND	?	-	Baja			
ISRS	Tranilcipromina	+	++	ND	ND	+	++	+			ND	ND	++	++/-	Alta			
	Moclobemida	-	+	-	-	-	-	-			-	-	-	-	Baja			
ISRS	Citalopram	+	-	-	-	+	+	+			-	-	++	-	Baja			
	Escitalopram	-	-	-	-	-	-	-			-	-	+	+	ND			
	Fluoxetina	+	+	-	+	+	-	+			+	-	++	-	Baja			
	Fluvoxamina	++	-	++	+	+	+	++			++	-	++	-	Baja			
	Paroxetina	+	-	+	-	+	+	+			-	-	++	-	Baja			
IRDN	Sertralina	+	-	++	+	+	+	++			+	+	++	-	Baja			
	Bupropion	-	++	-	-	+	-	+			-	-	-	-	Moderada			
IRSN	Venlafaxina	+	+	+	-	+	+	++			+	+	++	-	Moderada			
	Desvenlafaxina	-	+	+	-	+	+	+			-	-	++	+	?			
ASIR	Duloxetina	-	+	-	-	+	-	++			-	-	++	-	Moderada			
	Trazodona	++	-	-	-	+	-	-			-	+	-	+	Baja			
NASSA	Mianserina	++	-			+	-	-			-	-	-	-	Baja			
	Mirtazapina	++	-	-	-	+	-	-	+		-	-	-	++	Baja			
IRNA	Reboxetina	-	+			+	-	-			-	+	-	Baja				
AM	Agomelatina	-	-	+	-	-	-	-			+	-	-	-	?			

ANEXO 3. Lista de verificación PRISMA 2020.

Tabla 1
Lista de verificación PRISMA 2020

Sección/tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación
TÍTULO		
Título	1	Identifique la publicación como una revisión sistemática.
RESUMEN		
Resumen estructurado	2	Vea la lista de verificación para resúmenes estructurados de la declaración PRISMA 2020 (tabla 2).
INTRODUCCIÓN		
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente.
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o las preguntas que aborda la revisión.
MÉTODOS		
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó o consultó por última vez.
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados.
Proceso de selección de los estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuántos autores de la revisión cribaron cada registro y cada publicación recuperada, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.
Proceso de extracción de los datos	9	Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o publicaciones, incluyendo cuántos revisores recopilaron datos de cada publicación, si trabajaron de manera independiente, los procesos para obtener o confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.
Lista de los datos	10a	Enumere y defina todos los desenlaces para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio del desenlace (por ejemplo, para todas las escalas de medida, puntos temporales, análisis) y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir los resultados que se debían recoger.
	10b	Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características de los participantes y de la intervención, fuentes de financiación). Describa todos los supuestos formulados sobre cualquier información ausente (<i>missing</i>) o incierta.
Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, incluyendo detalles de las herramientas utilizadas, cuántos autores de la revisión evaluaron cada estudio y si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.
Medidas del efecto	12	Especifique, para cada desenlace, las medidas del efecto (por ejemplo, razón de riesgos, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.
Métodos de síntesis	13a	Describa el proceso utilizado para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabulando las características de los estudios de intervención y comparándolas con los grupos previstos para cada síntesis (ítem n.º 5).
	13b	Describa cualquier método requerido para preparar los datos para su presentación o síntesis, tales como el manejo de los datos perdidos en los estadísticos de resumen o las conversiones de datos.
	13c	Describa los métodos utilizados para tabular o presentar visualmente los resultados de los estudios individuales y su síntesis.
	13d	Describa los métodos utilizados para sintetizar los resultados y justifique sus elecciones. Si se ha realizado un metanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística, y los programas informáticos utilizados.
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios (por ejemplo, análisis de subgrupos, metarregresión).
	13f	Describa los análisis de sensibilidad que se hayan realizado para evaluar la robustez de los resultados de la síntesis.

Tabla 1 (Continuación)
Lista de verificación PRISMA 2020

Sección/tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación
Evaluación del sesgo en la publicación	14	Describa los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis (derivados de los sesgos en las publicaciones).
Evaluación de la certeza de la evidencia	15	Describa los métodos utilizados para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace.
RESULTADOS		
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (ver figura 1).
	16b	Cite los estudios que aparentemente cumplían con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique por qué fueron excluidos.
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	18	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos.
Resultados de los estudios individuales	19	Presente, para todos los desenlaces y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo (si procede) y b) la estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.
Resultados de la síntesis	20a	Para cada síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.
	20b	Presente los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se ha realizado un metanálisis, presente para cada uno de ellos el estimador de resumen y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si se comparan grupos, describa la dirección del efecto.
	20c	Presente los resultados de todas las investigaciones sobre las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados.
Sesgos en la publicación	21	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (derivados de los sesgos de en las publicaciones) para cada síntesis evaluada.
Certeza de la evidencia	22	Presente las evaluaciones de la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace evaluado.
DISCUSIÓN		
Discusión	23a	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias.
	23b	Argunte las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión.
	23c	Argunte las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.
	23d	Argunte las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones.
OTRA INFORMACIÓN		
Registro y protocolo	24a	Proporcione la información del registro de la revisión, incluyendo el nombre y el número de registro, o declare que la revisión no ha sido registrada.
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo, o declare que no se ha redactado ningún protocolo.
	24c	Describa y explique cualquier enmienda a la información proporcionada en el registro o en el protocolo.
Financiación	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.
Conflicto de intereses	26	Declare los conflictos de intereses de los autores de la revisión.
Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales	27	Especifique qué elementos de los que se indican a continuación están disponibles al público y dónde se pueden encontrar: plantillas de formularios de extracción de datos, datos extraídos de los estudios incluidos, datos utilizados para todos los análisis, código de análisis, cualquier otro material utilizado en la revisión.

ANEXO 4. Plantilla de evaluación del sesgo con Revman (herramienta de Cochrane).

Ítem	Evaluación	Apoyo para la valoración
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)		
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)		
Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)		
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de detección)		
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste)		
Notificación selectiva (sesgo de informe)		
Otros sesgos		

ANEXO 5. Manual Cochrane (versión 5.1.0). Herramienta para evaluar el riesgo de sesgo.

GENERACIÓN ALEATORIA DE LA SECUENCIA Sesgo de selección (asignación sesgada a las intervenciones) a causa de una generación inadecuada de la secuencia de aleatorización.	
Criterios para una evaluación de 'Bajo riesgo' de sesgo	Los investigadores describen un componente aleatorio en el proceso de generación de la secuencia como: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se refieren a una tabla de números aleatorios; ▪ Uso de un generador de números aleatorios por ordenador; ▪ Lanzamiento de una moneda; ▪ Barajar cartas o sobres; ▪ Lanzar los dados; ▪ Sorteo de tarjetas; ▪ Minimización*. *La minimización se puede implementar sin un elemento aleatorio, lo que se considera equivalente a que sea aleatorio.
Criterios para una evaluación de 'Alto riesgo' de sesgo	Los investigadores describen un componente no aleatorio en el proceso de generación de la secuencia. Habitualmente la descripción involucra algún enfoque sistemático y no aleatorio, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Secuencia generada mediante la fecha de nacimiento par o impar; ▪ Secuencia generada mediante alguna regla según la fecha (o el día) de ingreso; ▪ Secuencia generada mediante alguna regla según la historia clínica del hospital o el consultorio. Otros enfoques no aleatorios se utilizan con mucha menor frecuencia que los enfoques sistemáticos mencionados anteriormente y tienden a ser obvios. Habitualmente incluyen la evaluación o algún método de categorización no aleatoria de los participantes, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asignación según el criterio del médico; ▪ Asignación según la preferencia del participante; ▪ Asignación según los resultados de una prueba de laboratorio o una serie de pruebas; ▪ Asignación según la disponibilidad de la intervención.
Criterios para una evaluación de 'Riesgo poco claro' de sesgo	No hay información suficiente acerca del proceso de generación de la secuencia para permitir una evaluación de "Bajo riesgo" o "Alto riesgo".
OCULTACIÓN DE LA ASIGNACIÓN Sesgo de selección (asignación sesgada a las intervenciones) a causa de una ocultación inadecuada de las asignaciones.	
Criterios para una evaluación de 'Bajo riesgo' de sesgo	Los participantes y los investigadores que reclutaron a los participantes no podían prever la asignación debido a que uno de los métodos siguientes u otro equivalente se utilizaron para ocultar la asignación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asignación central (incluida la asignación al azar por teléfono, basada en la web y controlada por la farmacia); ▪ Envases del fármaco, numerados de forma secuencial con apariencia idéntica; ▪ Sobres cerrados, oscuros y numerados de forma secuencial.
Criterios para una evaluación de 'Alto riesgo' de sesgo	Los participantes o los investigadores que reclutaron a los participantes podían prever las asignaciones y por lo tanto introducir sesgo de selección, por ejemplo, asignación según: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de un esquema de asignación al azar abierto (p.ej. una lista de

	<p>números aleatorios);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se utilizaron sobres de asignación sin una protección adecuada (p.ej. si los sobres no estaban cerrados, no eran oscuros ni estaban numerados de forma secuencial); ▪ Alternancia o rotación; ▪ Fecha de nacimiento; ▪ Número de historia clínica; ▪ Cualquier otro procedimiento explícitamente no ocultado.
<p>Criterios para una evaluación de 'Riesgo poco claro' de sesgo</p>	<p>No hubo información suficiente para permitir una evaluación de "Bajo riesgo" o "Alto riesgo". Éste es habitualmente el caso si el método de ocultación no se describe o no se describe con detalle suficiente para permitir una evaluación definitiva, por ejemplo, si se describe el uso de sobres de asignación, pero es incierto si los sobres eran oscuros y estaban numerados de forma secuencial y cerrados.</p>
<p>CEGAMIENTO DE LOS PARTICIPANTES Y DEL PERSONAL Sesgo de realización a causa del conocimiento de las intervenciones asignadas por parte de los participantes y del personal durante el estudio.</p>	
<p>Criterios para una evaluación de 'Bajo riesgo' de sesgo</p>	<p>Cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ningún cegamiento, pero los revisores consideran que no es probable que el resultado esté influido por la falta de cegamiento; ▪ Se aseguró el cegamiento de los participantes y el personal clave del estudio, y es poco probable que se haya roto el cegamiento.
<p>Criterios para una evaluación de 'Alto riesgo' de sesgo</p>	<p>Cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ningún cegamiento o cegamiento incompleto, y es probable que el resultado y la medición del resultado estén influidos por la falta de cegamiento; ▪ Se intentó el cegamiento de los participantes y el personal clave del estudio, pero es probable que se haya roto el cegamiento.
<p>Criterios para una evaluación de 'Riesgo poco claro' de sesgo</p>	<p>Cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No hubo información suficiente para permitir una evaluación de "Bajo riesgo" o "Alto riesgo". ▪ El estudio no abordó este resultado.
<p>CEGAMIENTO DE LOS EVALUADORES DE LOS RESULTADOS Sesgo de detección a causa del conocimiento de las intervenciones asignadas por parte de los evaluadores.</p>	
<p>Criterios para una evaluación de 'Bajo riesgo' de sesgo</p>	<p>Cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No hay cegamiento de la evaluación de resultados, pero los revisores creen que la medida del resultado no es probable que esté influenciada por la falta de cegamiento; ▪ Se ha asegurado el cegamiento de la evaluación de los resultados y es improbable que se haya roto el cegamiento.
<p>Criterios para una evaluación de 'Alto riesgo' de sesgo</p>	<p>Cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No hay cegamiento de la evaluación de resultados y es probable que la medida del resultado esté influenciada por la falta de cegamiento; ▪ Se ha realizado la valoración del cegamiento, pero es probable que el cegamiento se haya roto y que la medida del resultado esté influenciada por la falta de cegamiento.
<p>Criterios para una evaluación de 'Riesgo poco claro' de sesgo</p>	<p>Cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No hay suficiente información para permitir una evaluación de 'Bajo riesgo' o 'Alto riesgo'; ▪ El estudio no abordó este resultado.
<p>DATOS DE RESULTADO INCOMPLETOS Sesgo de desgaste debido a la cantidad de datos de resultado incompletos, su</p>	

ANEXO 6. Tablas individuales de evaluación del riesgo de sesgo con Revman.

* **Atiwannapat et al. 2016** (38): 4'5/7 puntos, que equivale a una calificación media de 6,5/10 (Riesgo moderado de sesgo).

Bias	Authors' judgement	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	"...using drawing lots 1:1:1 randomization."
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	" This is a single-blinded randomized controlled trial"; " Participants were randomly assigned to..."
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	"...participants and therapist could not be blinded due to the nature of interventions."
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	" This is a single-blinded randomized controlled trial"; "One well-trained psychiatric nurse who evaluated patients' outcomes, including MADRS rating, was blinded to assigned interventions."; "The strength of this study includes ... one blinded evaluator, and..."
Incomplete outcome data (attrition bias)	High risk	"There was no dropout in the active music therapy group"; "One patient (20%) in the receptive group dropped out ..."; " Two patients (50%) dropped out in the control group (after session 1 and 3) due to lack of motivation." Comentario: Hubo grandes pérdidas teniendo en cuenta el tamaño muestral (n=14), siendo no equilibradas. Se utilizó un análisis por intención de tratar, pero no se imputaron de datos faltantes. "... used an intention-to-treat ..."; "Imputation is not recommended for missing data due to small number of participants."
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Se explican los resultados obtenidos con todas las escalas descritas, incluso aunque no sean significativos, y se exponen en tablas.
Other bias	Unclear risk	Factor de confusión: "we allowed participants to independently continue their medications during the study... As a consequence, medications effect could be another confounder."; "... non-modifiable confounders, such as spontaneous remission, stress relief, or positive life events, can also affect outcomes."

* **Porter et al. 2017** (39): 5/7 puntos, que equivale a una calificación media de 7/10 (Riesgo moderado de sesgo).

Bias	Authors' judgement	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	"the randomisation list was computer-generated with random variable block lengths and stratified by recruiting centre".
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	"This was a multicentre single-blind randomised controlled trial. "; "Appropriate randomisation and blinding protocols were adhered to The ... (NICTU) randomised participants."; "...251 young people were recruited and randomised..."
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	" Due of the nature of the intervention, both the music therapist and the research participants involved were aware of whether or not the intervention had been administered."
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	"Data were collected at the participants' home by an independent researcher"; "However, the participants and the professionals involved in their care were asked not to disclose this to the researcher/outcome assessor."
Incomplete outcome data (attrition bias)	Unclear risk	En semana 13: " Loss to follow-up for the MT group was 47/123 (38%) and 25/128 (18%) in the usual care group..."; "At week 26, loss to follow-up for the MT group was 9/76 (12%) and 15/105 (14%) in the usual care group"; "The high attrition rate in the treatment arm... may have led to an underestimation of the effectiveness of MT for those who received it but did not consent to follow-up assessment."; " the high rate of missing data at week 26 introduces a weakness and we caution the interpretation of the analysis at this later time point." Comentario: A pesar de las pérdidas, se emplea un análisis por intención de tratar y se imputan los datos faltantes con métodos apropiados: "...a multiple imputation was conducted."
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Se explican los resultados obtenidos con todas las escalas descritas, incluso aunque no sean significativos, y se exponen en tablas.
Other bias	Unclear risk	Factores de confusión: "we cannot rule out that the beneficial effects observed were at least partially caused by the care and attention given by the therapist, and not exclusively the result of factors specific to MT."








✳ **Trimmer et al. 2018** (40): 5/7 puntos, que equivale a una calificación media de 7/10 (Riesgo moderado de sesgo).

Bias	Authors' judgement	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	"Randomization was performed using www.randomization.com."
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	"...using a randomized controlled clinical trial."; "Consenting participants who met the inclusion criteria were randomly allocated to one arm of the trial."
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	"This was a single-blind study." Comentario: dado la naturaleza de la intervención, los participantes y personal sabían a qué grupo pertenecían.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	"This was a single-blind study."; "A blind rater interviewed participants at baseline and end of therapy."; "Assessors were blind to allocation..."; "Research assistants, blinded to treatment allocation, carried out the assessments."
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	Solo hubo un abandono en el grupo de intervención ("Retention to the intervention group was excellent, with only one drop out (92.85%).") y aunque no se describa, se muestran en el diagrama 2 abandonos en grupo control. No obstante, está equilibrado entre ambos grupos y se emplea un análisis por intención de tratar: "Comparisons between the two groups were made on an ITT (intention-to-treat) basis..."
Selective reporting (reporting bias)	High risk	Hay resultados secundarios como los de la depresión, ansiedad y discapacidad que solo se mencionan en la discusión, aunque sí se publican todos en las tablas, incluso aunque no sean significativos. Así mismo, la conclusión no está acertada, pues aunque ponga "This trial shows that it is feasible to offer a low-intensity CBT-based music group to participants who regularly attend community mental health services", falta concretar que solo reduce la discapacidad y no la depresión y ansiedad.
Other bias	Low risk	No parece haber otros sesgos.

✳ **Shamai-Leshem et al. 2020** (41): 6,5/7 puntos, que equivale a una calificación media de 9/10 (Riesgo bajo de sesgo)

Bias	Authors' judgement	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Unclear risk	"Study design was a double-blind RCT with two groups (GC-MRT, Control)..." Comentario: no se especifica cómo.
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	"Study design was a double-blind RCT with two groups (GC-MRT, Control)..." "Participants were randomly assigned to either GC-MRT ... or to a control condition..."
Blinding of participants and personnel (performance bias)	Low risk	"...both the independent evaluators and participants were blind to group allocation"; "Although the participants were fully informed that there are active and sham conditions in the study and that they will be randomly assigned to one of these, to keep patients blind to their specific group assignment the exact nature of the differences between the two conditions (...) was kept concealed."
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	"...both the independent evaluators and participants were blind to group allocation"
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	Comentario: Aunque no lo describen en el artículo, en el diagrama CONSORT se muestra que de n=60, 13 pacientes abandonan (5 controles y 8 de GC-MRT) y a 14 se les pierde el seguimiento (9 controles y 5 de GC-MRT). Sin embargo, las pérdidas están equilibradas entre ambos grupos y se emplea un análisis por intención de tratar: "Clinical effects were analyzed using the intent to treat principle..."
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Se explican los resultados obtenidos con todas las escalas descritas, incluso aunque no sean significativos, y se exponen en tablas y gráficas.
Other bias	Low risk	No factores de confusión: "models that included gender, comorbid generalized anxiety, and comorbid social anxiety as additional predictors yielded no difference..."

* **Daengruan et al. 2021** (42): 7/7 puntos, que equivale a una calificación media de 10/10 (Riesgo bajo de sesgo)

Bias	Authors' judgement	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk 	"... patients were randomly allocated into two groups ... using block randomization..."
Allocation concealment (selection bias)	Low risk 	" We tried to eliminate uncontrolled factors by using a randomized controlled trial process."; "... patients were randomly allocated into two groups..."
Blinding of participants and personnel (performance bias)	Low risk 	"... data collection and intervention was blinded to both the physician and the patients." Comentario: dada la naturaleza de la intervención es difícil mantener el cegamiento, no obstante es probable que fuera así, pues pacientes en ambos grupos se comportaban igual, por lo que el personal no podría diferenciarlos: "... patients in control group were asked to sit in the same type of room and put on stereo headphones, without any music".
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk 	"This study was a randomized controlled trial (RCT) in which data collection and intervention was blinded to both the physician and the patients."
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk 	" Two patients (one from each group) were lost to follow up at 4 and 8 weeks; therefore, the last observation carried forward was used to impute the missing data." Comentario: Las pérdidas están equilibradas entre ambos grupos, se utilizó un análisis por intención de tratar y los datos faltantes se imputaron mediante los métodos apropiados " ...the last observation carried forward was used for imputing the missing data"
Selective reporting (reporting bias)	Low risk 	Se describen los resultados obtenidos con todas las escalas nombradas, incluso aunque no sean significativos, y se exponen en tablas.
Other bias	Low risk 	No parece haber otros sesgos.