

# Eficacia y seguridad de la musicoterapia empleada para reducir la ansiedad, estrés y depresión

Efficacy and safety of Music Therapy  
to reduce anxiety, stress  
and depression

Informe técnico

Instituto Aragonés Ciencias de la Salud

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN**





# Eficacia y seguridad de la musicoterapia empleada para reducir la ansiedad, estrés y depresión

Efficacy and safety of Music Therapy  
to reduce anxiety, stress  
and depression

Informe técnico

Instituto Aragonés Ciencias de la Salud

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN**



Eficacia y seguridad de la musicoterapia empleada para reducir la ansiedad, estrés y depresión – Madrid: Ministerio de Sanidad. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, - 163 p. ; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad)

NIPO: 133-21-036-8

ISBN: 978-84-09-32928-1

Palabras clave:

1. Pseudoterapias. 2. Musicoterapia. 3. Ansiedad. 4. Depresión. 5. Estrés.

I. Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud II. España. Ministerio de Sanidad.

El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud asume la responsabilidad exclusiva de la forma y el contenido final de este informe. Las manifestaciones y conclusiones de este informe son las del Servicio de Evaluación y no necesariamente las de sus revisores externos.

Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Fecha de publicación: 2022

Edita: Ministerio de Sanidad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)

Este documento ha sido realizado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad, para el desarrollo de las actividades del Plan anual de Trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.

Este informe se enmarca dentro de los objetivos del “Plan de Protección de la Salud frente a las pseudoterapias” impulsado por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia e Innovación.

Para citar este informe:

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Eficacia y seguridad de la musicoterapia empleada para reducir la ansiedad, estrés y depresión. Madrid: Ministerio de Sanidad. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2022. “(Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad)”



MINISTERIO  
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN  
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

**IACS** Instituto Aragonés de  
Ciencias de la Salud



# Agradecimientos

Los autores de presente informe quieren expresar su agradecimiento a Miguel Ángel Diví Castellón (Fundación Musicoterapia y Salud) y Luis del Barrio Aranda (Universidad de Zaragoza) por sus comentarios y aportación de documentación científica al inicio del proceso de evaluación.



# Índice

<b>RESUMEN DIRIGIDO A LA CIUDADANÍA</b>	17
<b>SUMMARY ADDRESSED TO CITIZENS</b>	18
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	19
I.1. Descripción de la Musicoterapia	20
I.2. Descripción de las indicaciones clínicas	21
I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia	22
<b>II. ALCANCE Y OBJETIVO</b>	23
<b>III. METODOLOGÍA</b>	25
III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda	25
III.2. Selección de estudios	25
III.3. Valoración de la calidad de los estudios	28
III.4. Extracción de datos y síntesis de la evidencia	31
III.5. Participación de los agentes de interés	32
<b>IV. RESULTADOS</b>	33
IV.1. Resultado de la búsqueda bibliográfica	33
IV.1.1. Características de los estudios incluidos	33
IV.1.2. Calidad metodológica de los estudios incluidos	34
IV.2. Descripción y análisis de resultados	35
IV.2.1. Eficacia/efectividad	35
IV.2.2. Seguridad	35
<b>V. DISCUSIÓN</b>	41
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	45
<b>CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES</b>	47
<b>DECLARACIÓN DE INTERESES</b>	49
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	51

<b>ANEXOS</b>	65
Anexo 1. Estrategias de búsqueda	65
Anexo 2. Calidad metodológica de RRSS con AMSTAR-2	71
Anexo 3. Tablas de síntesis de las revisiones incluidas	131
Anexo 4. Extracción de estimadores y evaluación de la confianza GRADE	141
Anexo 5. Tabla de publicaciones excluidas	148
Anexo 6. Participación de los agentes de interés	161
Anexo 7. Revisión externa	162

# Índice de tablas

Tabla 1.	Criterios de selección de estudios.	26
Tabla 2.	Clasificación de la calidad de las RRSS según los dominios críticos de AMSTAR-2.	28
Tabla 3.	Algoritmo de valoración del nivel de confianza GRADE.	30
Tabla 4.	Clasificación de variables de resultados.	31
Tabla 5.	Resultados para los efectos de MT en ansiedad.	36
Tabla 6.	Resultados para los efectos de MT en estrés.	36
Tabla 7.	Resultados para los efectos de MT en depresión.	37
Tabla 8.	Resultados para los efectos de MT en síntomas fisiológicos.	38
Tabla 9.	Resultados para los efectos de MT en el comportamiento.	39
Tabla 10.	Resultados para los efectos de MT en la calidad de vida.	39



# Índice de figuras

Figura 1. Tipos de intervenciones con música.	20
Figura 2. Diagrama de flujo de estudios incluidos y excluidos.	33



# Siglas y acrónimos

ADRQL:	Alzheimer's Disease-Related Quality of Life
AMSTAR-2:	A measurement Tool to Assess Systematic Reviews
ASP-1:	Antisocial Practices Scale
ASP-4:	Antisocial Practices Scale
Barthel:	Barthel Index for Activities of Daily Living
BDI:	Beck's Depression Inventory
BEHAVE-AD:	Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale
BPSD:	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
CMAI:	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
CMAI-SF:	Cohen-Mansfield Agitation Inventory-Short Form
CSDD:	Cornell Scale for Depression in Dementia
DEMQOL:	Dementia Quality of Life Measure
ECA:	Ensayo Clínico Aleatorizado
ECC:	Ensayo Clínico Controlado
EINA:	Estudios de Intervención No Aleatorizados
ESAS:	Edmonton Symptom Assessment System
FP40-coping skills:	Forensic Psychiatric Profiles 40
GDS:	Geriatric Depression Scale
GRADE:	Grading of Recommendations Assessment
HADS-A:	Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety
HADS-D:	Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression
HAM-D:	Hamilton Depression Rating Scale
HQLI-R:	Hospice Quality of Life Index-Revised
HRSD:	Hamilton Rating Scale for Depression
ICL:	Interpersonal Checklist

MADRS:	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
MT:	Musicoterapia
NPI:	Neuropsychiatric Inventory
PIPP:	Pain Assessment
POMS:	Profile of Mood States
PSS:	Perceived Stress Scale
Q-LES-Q-Social:	Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire. Social Relations
QMS:	Quick Mood Scale
QoL-Ca:	Quality of Life-Cancer Scale
RAID:	Rating Anxiety in Dementia
RAND-36:	RAND 36-Item Health Survey
RoB:	Risk of Bias
RS/RRSS:	Revisión sistemática/Revisiones sistemáticas
RSE:	Rosenberg Self-Esteem Scale
RSI:	Rosenberg Self-esteem Inventory
SDAS:	Social Dysfunction and Aggression Scale
SF-36:	36-Item Short Form Health Survey
SNS:	Sistema Nacional de Salud
STAI:	State-Trait Anxiety Inventory
TDI:	Teate Depression Inventory
TSBI:	Texas Social Behavior Inventory
VAS:	Visual Analogue Scale

# Resumen dirigido a la ciudadanía

<b>Nombre de la técnica con pretendida finalidad sanitaria</b>	Musicoterapia (MT)
<b>Definición de la técnica e indicaciones clínicas</b>	La Asociación Americana de Musicoterapia (AMTA) define la musicoterapia como el “uso clínico y basado en la evidencia de intervenciones musicales para lograr objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica por parte de un profesional acreditado que ha completado un programa de musicoterapia aprobado”.
<b>Calidad de la evidencia</b>	Las revisiones analizadas carecen de elementos metodológicos esenciales. Los ensayos en los que se basan estas revisiones presentan numerosas limitaciones, por ejemplo, incluyen a un número reducido de participantes, los diseños muestran debilidades a la hora de aleatorizar a los pacientes y ocultar la asignación de intervención y control a los/as analistas de resultados.
<b>Resultados claves</b>	De las 10 revisiones incluidas, únicamente tres sugieren que la musicoterapia podría tener beneficios relevantes en el control de la ansiedad o la depresión. Dos de ellas son revisiones centradas en poblaciones concretas y los resultados positivos se obtienen en condiciones de aplicación muy determinadas. No se han encontrado resultados que puedan asociar el uso de la MT con mayor o menor número de efectos adversos. La confianza en estos resultados es baja.
<b>Conclusión final</b>	<p>La confianza en las revisiones y sus estudios incluidos es de un nivel bajo. La evidencia en la que se sustentan los resultados positivos obtenidos varía entre estudios y está sujeta a limitaciones. Existe variabilidad en la forma de administración, pautas y el enfoque de la intervención (duración, rol de los/as participantes, tiempo hasta resultados, etc.). No es posible asociar la MT con mayor o menor número de efectos adversos. Esto plantea dificultades a la hora de evaluar esta práctica, no siendo posible establecer unas condiciones de aplicación sólidas, sistemáticas y consistentes.</p> <p>En definitiva, las carencias metodológicas de los estudios originales y la falta de elementos clave en las RRSS hacen que no sea posible formular recomendaciones a favor del empleo de la MT para el tratamiento de la ansiedad, estrés y depresión.</p>

# Summary addressed to citizens

<b>Name of the technique with health purposes</b>	Music Therapy (MT)
<b>Definition of the technique and clinical indications</b>	The American Music Therapy Association (AMTA) defines Music therapy as “the clinical and evidence-based use of music interventions to accomplish individualized goals within a therapeutic relationship by a credentialed professional who has completed an approved music therapy program”.
<b>Quality of the evidence</b>	Systematic reviews analysed lack essential methodological elements. Clinical trials on which these reviews are based have numerous limitations, for example, they include a small number of participants, there are weaknesses in their designs related to random sequence generation, the allocation concealment of intervention and analysts blinding.
<b>Key results</b>	Only three reviews suggest that MT could have relevant benefits for relieving anxiety, depression or stress. Only for specific populations and/or certain application conditions. Confidence in these results is considered low.
<b>Final conclusion</b>	Confidence in reviews analysed and their included studies is low. The evidence supporting the positive results obtained varies between studies and may be biased. There is variability in the administration, guidelines and focus of the intervention (duration, role of the participants, time until results, etc.). Music therapy was not associated with more or fewer adverse events. This raises uncertainty when considering MT as a systematic and consistent therapeutic alternative.

# I. Introducción

Este informe se enmarca en los objetivos del “Plan de Protección de la Salud frente a las pseudoterapias” impulsado por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia e Innovación. Su principal objetivo es proporcionar a la ciudadanía información veraz para que pueda diferenciar las prestaciones y tratamientos cuya eficacia terapéutica o curativa ha sido contrastada científicamente de todos aquellos productos y prácticas que, en cambio, no lo han hecho.

El Plan contempla cuatro líneas de actuación y la primera de ellas es Generar, difundir y facilitar información, basada en el conocimiento y en la evidencia científica más actualizada y robusta de las pseudoterapias a través de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS).

Con el fin de avanzar en esta línea se ha asignado una línea de actividad para el apoyo a la evaluación de la evidencia científica que se requiere desde el Plan de Protección de la Salud frente a las pseudoterapias en el marco del Plan de trabajo Anual de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.

Como punto de partida se elaboró un análisis exploratorio inicial, basado en una revisión de las publicaciones científicas (revisiones sistemáticas y ensayos clínicos), limitada temporalmente al período 2012-2018, en una base de datos médica (Pubmed), en el que se registró un listado de 71 de las 138 técnicas o procedimientos contemplados para los que no se han identificado ensayos clínicos o revisiones sistemáticas publicados durante el periodo 2012-2018 que proporcionen evidencia científica. Por tanto, para estas técnicas no se localizó soporte en el conocimiento científico con metodología lo suficientemente sólida (ensayos clínicos o revisiones sistemáticas) que sirviera para evaluar su seguridad, efectividad y eficacia, de manera que se clasificaron como pseudoterapias según la definición del mencionado Plan. Se considera pseudoterapia a la sustancia, producto, actividad o servicio con pretendida finalidad sanitaria que no tenga soporte en el conocimiento científico ni evidencia científica que avale su eficacia y su seguridad.

Para las restantes técnicas en las que se localizaron publicaciones científicas con la búsqueda realizada, se ha planificado un procedimiento de evaluación progresiva, para analizarlas en detalle. En este marco se incluye la evaluación de la eficacia y seguridad de la musicoterapia para la reducción de la ansiedad, estrés y depresión.

## I.1. Descripción de la Musicoterapia

La musicoterapia ha sido definida de manera amplia por la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT) como el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en el entorno médico, educativo y cotidiano con individuos, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su salud y bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual y espiritual. El fin de la musicoterapia consiste en desarrollar el potencial del individuo o restaurar funciones de manera que pueda lograr una mejor integración intra o interpersonal y, con ello, alcanzar una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento<sup>1, 2</sup>.

Su mecanismo se basa en que la música podría ocupar la mente del paciente con algo familiar y relajante, facilitando su evasión. Esto se produce mediante la percepción auditiva de la música, que se lleva a cabo en el centro auditivo del lóbulo temporal del cerebro y envía señales al tálamo, al cerebro medio, a la amígdala y al hipotálamo, liberando  $\beta$ -endorfinas, los analgésicos opiáceos naturales del cuerpo. De esta manera se generan estímulos biológicos que involucran funciones cerebrales relacionadas con la memoria, aprendizaje, y múltiples estados emocionales y de motivación<sup>3, 4</sup>.

La musicoterapia en el ámbito clínico se encuadra dentro del concepto más general de intervenciones con música, en el cual también se encuentran aquellas denominadas “música en medicina”, administradas por profesionales sanitarios y que consisten en la escucha pasiva de música pre-grabada antes, durante y/o después de intervenciones médicas o quirúrgicas; y otras experiencias musicales, tales como la participación en coros, bailar o tocar percusiones, dirigidas por músicos o profesionales sanitarios sin acreditación de musicoterapeutas (ver Figura 1)<sup>5</sup>.

**Figura 1. Tipos de intervenciones con música.**



De acuerdo con todo ello, la definición de musicoterapia adoptada para este informe parte de la establecida por la Asociación Americana de Musicoterapia (AMTA), donde se entiende la musicoterapia como el “uso clínico y basado en la evidencia de intervenciones musicales para lograr objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica por parte de

un profesional acreditado que ha completado un programa de musicoterapia aprobado”<sup>6</sup>. De acuerdo con este marco, a lo largo de este informe se entenderán como musicoterapia aquellas intervenciones que cumplan dos condiciones: a) que la intervención esté administrada por profesionales con formación específica (musicoterapeutas); b) que lleve consigo un proceso personalizado para cada paciente, empleando los elementos de la música (ritmo, melodía, armonía y matices) con objetivos terapéuticos. Este proceso puede desarrollarse mediante diferentes experiencias musicales (música en directo o grabada, tocar instrumentos, componer, cantar, etc.)<sup>7, 8</sup>.

## I.2. Descripción de las indicaciones clínicas

Existen diferentes usos de la música en el ámbito socio-sanitario, cuyo objetivo es evocar respuestas psicológicas, fisiológicas y emocionales en el individuo durante el tratamiento de una enfermedad o discapacidad<sup>9</sup>. En la musicoterapia aplicada en el ámbito clínico pueden distinguirse tres usos principales, considerando que abordan problemas de salud muy frecuentes en la población y con gran impacto económico y social: a) reducción de la ansiedad, estrés y depresión; b) alivio del dolor y; c) rehabilitación en personas con enfermedades neurológicas. Dado que estos empleos de la musicoterapia se evalúan mediante diferentes variables de resultado, resulta lógico analizar su efectividad de forma independiente. El presente informe se centra el uso de la musicoterapia como método para la reducción de la ansiedad, el estrés y la depresión en diversas poblaciones. El análisis de la musicoterapia para el control del dolor, así como en la rehabilitación en enfermedades neurológicas, se abordará en informes posteriores. Otras publicaciones de ámbito institucional han valorado el potencial beneficio de la musicoterapia en trastornos del neurodesarrollo, en concreto el autismo<sup>10</sup>, o el uso de la música y la musicoterapia para la mejora del bienestar (afectivo, ocupacional, social...) <sup>11</sup>.

Las intervenciones de MT para el control de la ansiedad, depresión o estrés se fundamentan con la teoría de que el buen empleo de los elementos de la música por un profesional musicoterapeuta puede ayudar a mejorar la relajación, las capacidades cognitivas, la memoria a corto plazo y la calidad de vida<sup>9</sup>. La música actúa como agente distractor, es decir, ayuda a los pacientes a enfocar la atención lejos de los estímulos negativos, proporcionando sensaciones agradables y alentadoras<sup>12</sup>. Así, los efectos de la música y la musicoterapia desarrollada por profesionales se han analizado para la reducción de la ansiedad, el estrés y la depresión en una gran variedad ámbitos de la medicina, como la cardiología y enfermedades coronarias<sup>13</sup>, oncología<sup>14,15</sup>, cuidados paliativos<sup>16</sup>, ginecología y maternidad<sup>17,18</sup> y diferen-

tes intervenciones (pruebas diagnósticas invasivas, cirugía, etc.) en las que se busca aliviar la experiencia del paciente<sup>19,21</sup>.

Existen numerosos estudios recientes que examinan los efectos ansiolíticos y antidepresivos de la música y la musicoterapia. Sin embargo, presentan numerosas limitaciones y riesgo de sesgo debido al ocultamiento de las secuencias aleatorias, cegamiento (debido a la naturaleza de la intervención), reporte de resultados poco claro, se utilizan tamaños de muestra insuficientes (complicando la obtención de resultados estadísticamente significativos)<sup>22,23</sup>. Por esta razón, el objetivo de este informe es desarrollar una revisión de la evidencia sobre el uso de la musicoterapia para la reducción de ansiedad, estrés, depresión y sus efectos, donde se analizan los grupos de población relevantes y los resultados de efectividad utilizados.

### I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia

Generalmente, se recomienda que el tratamiento para personas con depresión o ansiedad se administre de forma integral, abarcando todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional. En particular, el tratamiento psicológico breve (como la terapia cognitivo-conductual) es la opción recomendada, variando su duración e intensidad de acuerdo a las características y respuesta de los/as pacientes. Para pacientes con estados crónicos y/o recurrentes se recomienda el tratamiento combinado de fármacos antidepresivos (habitualmente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina) y terapia cognitivo-conductual, siempre teniendo en cuenta sus preferencias y características<sup>24-26</sup>.

## II. Alcance y objetivo

La población diana de este informe son pacientes o población de cualquier edad, con cualquier condición o patología clínica, susceptibles de recibir musicoterapia (de acuerdo con la definición establecida en el apartado de introducción) con fines terapéuticos para la reducción de la ansiedad, el estrés y la depresión, medido mediante escalas validadas o variables relacionadas con los efectos fisiológicos de estas condiciones.

Queda excluida de este informe la evaluación del uso de la musicoterapia para el control del dolor, que formará parte de una evaluación específica posterior.

Este informe está dirigido tanto a profesionales sanitarios como a los/as propios pacientes diana y población general.

Los objetivos de este informe son:

- Identificar y evaluar la evidencia científica de la musicoterapia empleada con la finalidad de reducir la ansiedad, el estrés y la depresión.
- Determinar la eficacia y seguridad de la musicoterapia empleada con la finalidad de reducir la ansiedad, el estrés y la depresión.



# III. Metodología

## III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas para recuperar estudios en los que se analizaran intervenciones de musicoterapia para la reducción de la ansiedad, estrés, depresión y/o sus efectos. Las búsquedas fueron acotadas a revisiones sistemáticas con o sin meta-análisis, publicadas en inglés, francés y/o español durante los últimos diez años (desde 2009 hasta octubre de 2019). Puesto que las revisiones sistemáticas encontradas cubrían todo el periodo de búsqueda, hasta el año 2019, se decidió no realizar una búsqueda específica de ensayos clínicos.

Las bases de datos consultadas fueron: Pubmed/Medline, Embase, Trip Database, The Cochrane Library, CINAHL, PsycINFO, ECRI, G-I-N International Guideline Library, GuíaSalud, y HTA database.

Mediante búsqueda manual se consultaron también otras fuentes de información, recomendadas por revisores externos, no incluidas en las anteriores bases de datos.

La estrategia de búsqueda se centró en términos de lenguaje controlado (MeSH y Emtree) y términos procedentes del lenguaje natural. La estrategia de búsqueda completa empleada en cada base de datos se presenta en el Anexo 1.

Se configuraron sistemas de alerta para que pudieran incorporarse nuevas pruebas publicadas hasta la finalización del primer borrador del informe (marzo 2020).

## III.2. Selección de estudios

Se formuló la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la eficacia/efectividad de la musicoterapia para el control de la ansiedad, el estrés o la depresión y sus efectos en el comportamiento o la calidad de vida?

*Población:* Personas de cualquier edad y con cualquier patología o condición clínica.

*Intervención:* Intervenciones con música (escuchar música en directo o grabada, tocar instrumentos, componer, cantar, etc.) que cumplan las condiciones definidas para este informe, es decir, que estén administradas por profesionales con formación en musicoterapia y que lleven consigo un proceso personalizado para cada paciente, empleando los elementos de la música (ritmo, melodía, armonía y matices) con objetivos terapéuticos.

*Comparador:* Tratamiento habitual, terapias psicológicas, tratamientos farmacológicos.

*Resultados:* Ansiedad, estrés, depresión y otras variables relacionadas con los efectos en el comportamiento (agitación) o en la calidad de vida (bienestar, función social, etc.) derivados de estas condiciones.

Tras la realización de la búsqueda y eliminar duplicados, una técnico de evaluación de tecnologías revisó por título y resumen los estudios encontrados y seleccionó para su lectura a texto completo aquellos que potencialmente respondían a la pregunta de investigación. De manera análoga, mediante la lectura a texto completo, la misma técnico seleccionó aquellos que cumplieran los criterios de inclusión. Los estudios excluidos se listaron junto con los motivos que justifican su exclusión (Anexo 5).

La selección de artículos, por tanto, se realizó de acuerdo con unos criterios de inclusión y exclusión que se exponen en la Tabla 1.

**Tabla 1. Criterios de selección de estudios.**

	<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
<b>Diseño de estudios</b>	Revisiones sistemáticas con o sin meta-análisis que incluyan ECA. Se incluyen también RRSS donde se revisen diseños cuasi-aleatorizados y ECC, siempre y cuando se analicen de forma conjunta con ECA.	Revisiones sistemáticas de estudios que no sean ECA, cuasi-aleatorizados o ECC; revisiones no sistemáticas o narrativas; ensayos clínicos aleatorizados, estudios no experimentales, estudios observacionales, estudios descriptivos y estudios en animales.
<b>Tipo de publicación</b>	Artículos originales de investigación, guías de práctica clínica e informes de tecnologías sanitarias.	Cartas al director, artículos de opinión, editoriales, tesis doctorales y comunicaciones en congresos o cursos.

	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<b>Intervención</b>	<p>MT administrada por musicoterapeutas con formación, siguiendo un proceso terapéutico individualizado en el que se realicen actividades asociadas a la música (escuchar música en directo o grabada, tocar instrumentos, componer, cantar, etc.) y cuyo objetivo sea la reducción de la ansiedad, el estrés, y la depresión o sus efectos psicológicos, fisiológicos, en el comportamiento o en la calidad de vida.</p> <p>Se incluyen RRSS en las que se analizan varias intervenciones o técnicas (incluida MT) para la reducción de la ansiedad, el estrés, y la depresión o sus efectos, siempre y cuando reporten resultados agrupados específicos sobre la MT (mediante meta-análisis, análisis de efecto moderador, meta-regresión o cualquier tipo de análisis por subgrupos).</p>	<p>Otras modalidades de terapia o intervenciones con música que no sean consistentes con la definición de MT establecida para el presente informe.</p> <p>RRSS en las que se analizan varias intervenciones o técnicas (incluida MT) para la reducción de ansiedad, estrés, depresión o sus efectos, pero no reportan resultados agrupados específicos sobre la MT.</p>
<b>Comparador</b>	Tratamiento habitual, tratamientos farmacológicos y terapia psicológica.	Otras terapias con música o artísticas, otras terapias complementarias, terapias naturales o pseudoterapias (p.e. meditación) que hayan sido identificadas previamente por el Ministerio de Sanidad <sup>1</sup> .
<b>Población</b>	Personas o pacientes de cualquier edad y con cualquier patología o condición clínica.	Otra población, estudios en animales.
<b>Medidas de resultado</b>	RRSS que incluyan trabajos en los que se reporten, mediante escalas validadas y métodos objetivos, variables psicológicas (ansiedad, estrés, depresión y otras variables relacionadas) o fisiológicas (presión arterial, ritmo cardiaco, etc.). Además, como medidas de resultado secundarias, se tendrán en cuenta los efectos en el comportamiento (agitación) o en la calidad de vida (bienestar, función social, etc.) derivados de estas condiciones.	Otras variables que no tengan relación con las condiciones psicológicas, fisiológicas y sus efectos en el comportamiento y la calidad de vida.
<b>Idioma</b>	Inglés y español.	Otros idiomas.
<b>Margen temporal</b>	Desde 2009 (inclusive).	Anteriores a 2009.
<p><sup>a</sup> Para su consideración como sistemática, una revisión deberá reportar la realización de una búsqueda en más de una base de datos, indicar claramente los criterios de inclusión/exclusión y realizar una evaluación de la calidad de los estudios incluidos.</p>		

### III.3. Valoración de la calidad de los estudios

La calidad metodológica de las revisiones se ha valorado empleando la escala para revisiones sistemáticas “A measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR)”, en su versión AMSTAR-2, recomendada en la “Guía metodológica de elaboración de informes rápidos de la RedETS”<sup>27</sup>. AMSTAR-2 es un cuestionario que contiene 16 dominios y, aunque no proporciona una calificación global, la cantidad de debilidades en los siete dominios considerados críticos puede afectar sustancialmente a la validez de la revisión y sus conclusiones<sup>28</sup>. La Tabla 2 muestra el esquema de calificación de la calidad de las RRSS, partiendo de calidad alta (ninguna debilidad crítica y hasta una no crítica) hasta alcanzar calidad críticamente baja (más de una debilidad crítica).

**Tabla 2. Clasificación de la calidad de las RRSS según los dominios críticos de AMSTAR-2.**

1	Protocolo registrado antes de la revisión (ítem 2)
2	Adecuada búsqueda en la literatura (ítem 4)
3	Justificación de los estudios excluidos (ítem 7)
4	Riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos (ítem 9)
5	Métodos meta-analíticos apropiados (ítem 11)
6	Consideración del riesgo de sesgo en la interpretación de los resultados de la revisión (ítem 13)
7	Evaluación de la presencia y el impacto probable del sesgo de publicación (ítem 15)
<b>Calidad alta</b>	Ninguna debilidad crítica y hasta una no crítica: la RS proporciona un resumen exacto y completo de los resultados de los estudios disponibles.
<b>Calidad media</b>	Ninguna debilidad crítica y más de una debilidad no crítica (aunque si son muchas podría justificarse una baja confianza): la RS tiene debilidades, pero no hay defectos críticos, pudiendo proporcionar un resumen preciso de los resultados de los estudios disponibles.
<b>Calidad baja</b>	Hasta una debilidad crítica, con o sin puntos débiles no críticos: la RS puede no proporcionar un resumen exacto y completo de los estudios disponibles.
<b>Calidad críticamente baja</b>	Más de una debilidad crítica, con o sin debilidades no críticas: la RS no es confiable.

Se documentó la confianza en los resultados obtenidos de las revisiones en base a la metodología “Grading of Recommendations Assessment (GRADE)”<sup>29</sup> adaptada a las particularidades de este informe, es decir, no se reevaluó la calidad de los estudios individuales incluidos en las revisiones, sino que se informó sobre la calidad de los ensayos de acuerdo con la evaluación que realizan los autores de cada revisión y se establecieron criterios objetivos para determinar la confianza en los estimadores.

La metodología GRADE considera factores que pueden afectar negativamente a la confianza en la evidencia para los resultados obtenidos de cada desenlace: Riesgo de sesgo (debido a limitaciones en el diseño o realización de los ensayos incluidos); imprecisión de los estimadores del efecto (por ejemplo, obtención de intervalos de confianza muy amplios); inconsistencia entre los resultados de diferentes estudios (debido a una gran heterogeneidad entre los estudios y a que las estimaciones puntuales varían mucho); disponibilidad de evidencia indirecta (diferencias entre la población del estudio y la población objetivo del informe en cuanto a las intervenciones, las comparaciones o los resultados) y sospecha de sesgo de publicación. En este caso, para permitir una valoración transparente y reproducible del grado de confianza en la evidencia obtenida directamente de las RRSS, se adoptó un esquema de criterios empleado previamente<sup>30</sup>. La evaluación se llevó a cabo estableciendo cuatro puntos clave a extraer de las revisiones:

- Número de participantes incluidos en el análisis.
- Riesgo de sesgo de los ensayos que contribuyen al resultado, evaluado con la herramienta de evaluación del riesgo de sesgo (RoB) de Cochrane<sup>29</sup>.
- Heterogeneidad observada en el análisis, determinada por  $I^2$ .
- Calidad metodológica general de la revisión determinada con AMSTAR-2.

La Tabla 3 muestra de manera esquemática el planteamiento utilizado para determinar la confianza en la evidencia proporcionada por las RRSS.

**Tabla 3. Algoritmo de valoración del nivel de confianza GRADE.**

	N	RIESGO DE SESGO (ROB) <sup>A</sup>	HETEROG.	AMSTAR-2 <sup>B</sup>
⊕ No bajar	≥ 200	≥ 75% de los participantes tienen bajo riesgo de sesgo de selección (generación de secuencia aleatoria y ocultamiento de la asignación) y de detección (cegamiento de evaluadores/as).	$I^2 \leq 75\%$	0/7 dominios críticos con limitaciones
⊖ Bajar un grado	100-199	< 75% de los participantes tienen bajo riesgo de sesgo de selección (generación de secuencia aleatoria y ocultamiento de la asignación) y de detección (cegamiento de evaluadores/as).	$I^2 > 75\%$	1/7 dominios críticos con limitaciones.
⊖⊖ Bajar dos grados	1-99			2/7 o más dominios críticos con limitaciones.
Confianza alta		No se ha bajado ningún grado.		
Confianza moderada		↓ 1 o 2 grados		
Confianza baja		↓ 4 o 5 grados		
Confianza muy baja		↓ 5 o 6 grados		
<p><sup>a</sup> Se recogió el riesgo de sesgo reportado por los autores sobre cada ensayo, la proporción de pacientes con bajo riesgo de sesgo se determina con el peso de contribución de los ensayos a los estimadores globales.</p> <p><sup>b</sup> Con respecto a la versión original de este algoritmo se introduce una modificación relativa a la valoración de la calidad de las RRSS, ya que en este caso se utiliza una versión más reciente de la herramienta AMSTAR<sup>28,30</sup>.</p>				

Por ejemplo, tendremos confianza alta en estimadores globales que provengan de una revisión sistemática sin limitaciones críticas y al que contribuyan más de 200 pacientes de diferentes ensayos con bajo riesgo de sesgo, entre los que no se observa gran heterogeneidad. Sin embargo, tendremos confianza muy baja en aquellos estimadores obtenidos de revisiones de baja calidad con meta-análisis a los que contribuyen pocos participantes mediante ensayos con riesgo alto de sesgo (por ejemplo, aleatorización no descrita) muy heterogéneos entre sí.

### III.4. Extracción de datos y síntesis de la evidencia

En primer lugar, se realizó la extracción de información de todas las RRSS incluidas, tanto si se trataba de RRSS con descripción cualitativa o se realizaban meta-análisis. Se diseñó un formulario de extracción con campos donde se recogieron detalles sobre los objetivos, diseño de estudios incluidos, participantes, intervenciones, comparadores, periodo de búsqueda, resultados y conclusiones.

Se identificaron los desenlaces de eficacia/efectividad, así como aquellos relacionados con la seguridad o existencia de efectos adversos. Estos desenlaces se obtuvieron de la literatura y se clasificaron en base a revisiones publicadas previamente<sup>31,32</sup>. La clasificación se detalla en la Tabla 4.

**Tabla 4. Clasificación de variables de resultados.**

DESENLACES	CATEGORÍA	VARIABLES <sup>a</sup>	ESCALAS <sup>a</sup>
Desenlaces de eficacia/efectividad principales	Psicológicas	Ansiedad, depresión, estrés, síntomas depresivos reportados por paciente, estado de ánimo, autoestima, etc.	STAI, HAM-A, HAM-D, VAS, NPI, CSDD, GSD, etc.
	Fisiológicas	Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, etc.	Pulsaciones por minuto, mmHg, etc.
Desenlaces de eficacia/efectividad secundarios	Efectos en el comportamiento	Agitación, agresividad, conductas disruptivas, etc.	BEHAVE-AD, CMAI, etc.
	Efectos en la calidad de vida	Calidad de vida (general), bienestar funcional, función social, etc.	SF-36, HQLI-R, etc.
Desenlaces de seguridad	Seguridad	Efectos adversos (a C/P), Efectos adversos (a L/P)	-
BEHAVE-AD: Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale; CMAI: Cohen-Mansfield Agitation Inventory; C/P: Corto plazo; CSDD: Cornell Scale for Depression in Dementia; GSD: Global Dementia Scale; HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale; HAM-D: Hamilton Depression Rating Scale; HQLI-R: Hospice Quality of Life Index-Revised; L/P: Largo plazo; mmHg: Milímetros de mercurio; NPI: Neuropsychiatric Inventory; SF-36: 36-Item Short Form Health Survey; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; VAS: Visual Analogue Scale.			
<sup>a</sup> Se especifican únicamente algunas variables de resultados y escalas a modo de ejemplo.			

Así, de cada RS incluida, se ordenaron los desenlaces de interés de acuerdo a su categoría y población analizada. Para cada uno de ellos se indicó la escala o unidad empleada, la medida de síntesis (diferencia de medias, diferencia de medias estandarizada, etc.), su intervalo de confianza del 95% y el nivel de confianza GRADE. Además, en el Anexo 4. Extracción de estimadores y evaluación de la confianza GRADE se tabularon más detalles sobre cada desenlace, como el número de estudios y de participantes que contribuyen al estimador, la proporción de pacientes con bajo riesgo de sesgo de selección y detección, el estadístico  $I^2$  para medir heterogeneidad y la calidad metodológica de cada revisión, evaluada con AMSTAR-2.

### III.5. Participación de los agentes de interés

La implicación de los agentes con interés en la tecnología a evaluar se planteó desde el inicio del proceso de evaluación con el objetivo de que pudieran realizar aportaciones sobre los aspectos relevantes para ellos.

Se realizó una invitación activa a través de correo electrónico a las organizaciones profesionales y de usuarios relacionadas con la Musicoterapia para que aportaran evidencia científica sobre la eficacia clínica y seguridad de la técnica. Se invitó únicamente a aquellas organizaciones que cumplieran los siguientes criterios: ser entidades en el Estado español, estar relacionadas con las ciencias o el ámbito de la salud, y estar legalmente constituidas (ver Anexo 6). Se envió el protocolo de trabajo a estas asociaciones junto a un formulario de solicitud de información en la que se explicó que el objetivo era únicamente la aportación de evidencia científica disponible. Se estableció un plazo de 15 días para la recepción de aportaciones. Se aceptaron también las aportaciones de organizaciones que no fueron invitadas activamente, siempre y cuando éstas cumplieran los criterios de participación mencionados y las aportaciones se recibieran dentro del mismo plazo de 15 días. Finalmente se obtuvo respuesta de dos organizaciones (ver Anexo 6).

En mes de febrero de 2021 se sometió el informe preliminar a una revisión externa, en la que fueron invitadas a participar organizaciones relacionadas con la técnica, entre las que se encontraban asociaciones de pacientes, colegios profesionales y sociedades científicas. Todas ellas cumplieran los criterios anteriormente citados (ser entidades en el Estado español, estar relacionadas con las ciencias o el ámbito de la salud, y estar legalmente constituidas).

Finalmente, participaron en el proceso de revisión externa 11 organizaciones, recogidas en el Anexo 7. Revisión externa.

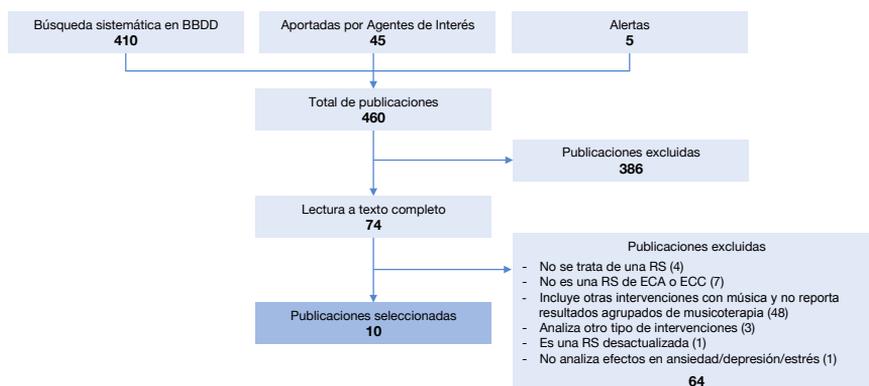
# IV. Resultados

## IV.1. Resultado de la búsqueda bibliográfica

Se recopilaron 460 publicaciones en total. De las cuales 410 se recuperaron mediante búsquedas sistemáticas en las distintas bases de datos, 45 fueron aportadas por los Agentes de Interés y 5 fueron identificadas mediante las alertas configuradas.

Tras cribar por título y resumen, se recuperaron 74 para su lectura a texto completo y se seleccionaron 10 trabajos que cumplían los criterios de selección (ver Figura 2). En el Anexo 5 se detallan los trabajos excluidos y motivos.

**Figura 2. Diagrama de flujo de estudios incluidos y excluidos.**



### IV.1.1. Características de los estudios incluidos

Se seleccionaron 10 revisiones sistemáticas<sup>33-42</sup>, realizadas en Países Bajos<sup>33,38,40</sup>, Estados Unidos<sup>35,36</sup>, Noruega<sup>34</sup>, Dinamarca<sup>37</sup>, Taiwán<sup>39,41</sup> y Corea del Sur<sup>42</sup>.

Todas las revisiones incluidas desarrollaron algún tipo de síntesis cuantitativa en forma de meta-análisis, análisis de efecto moderador o meta-regresión, que hizo posible extraer los estimadores del efecto específicos para MT y evaluar su nivel de confianza.

Las 10 RRSS incluyeron ECA, diseños cuasi-aleatorizados y ensayos clínicos controlados (ECC). El número total de estudios incluidos en el conjunto de las revisiones fue de 186 (11.326 participantes). A pesar de que algunos ensayos pudieran estar incluidos en más de una de las revisiones analizadas, el objetivo principal, participantes y los distintos análisis realizados en las mismas hicieron que no se produjeran solapamientos. Igualmente, algunas de las revisiones evaluaban, además de MT, otros tipos de intervención (otras intervenciones con música, tratamiento farmacológico, etc.) o variables de resultados distintas a las analizadas en este informe. No obstante, estas RRSS realizan análisis por subgrupos específicos para la MT o para los desenlaces de interés. De manera específica, las fichas de extracción que contienen las características de las revisiones incluidas se encuentran en el Anexo 3.

Los tipos de población y participantes analizados en las RRSS fueron personas mayores diagnosticados de demencia<sup>38,41,42</sup>, pacientes con cualquier tipo de cáncer<sup>36</sup>, personas en cuidados paliativos<sup>35</sup>, recién nacidos prematuros y sus madres<sup>34</sup> y población interna en centros penitenciarios<sup>37</sup>. Dos revisiones no indicaron una población específica en sus criterios de inclusión<sup>33,40</sup>.

De acuerdo con los desenlaces planteados inicialmente, las revisiones incluidas cubren el uso de MT para diferentes estados de ansiedad, depresión y sus manifestaciones fisiológicas, además de resultados de seguridad. El Anexo 3. Tablas de síntesis de las revisiones incluidas muestra las principales características de los estudios incluidos.

## IV.1.2. Calidad metodológica de los estudios incluidos

De las 10 RRSS incluidas únicamente tres cumplían los criterios críticos de la herramienta AMSTAR-2<sup>33,34,38</sup>, considerándose de calidad alta. Una presentó una debilidad crítica<sup>35</sup>, mientras que el resto presentaron más de una limitación en dominios críticos y fueron consideradas de calidad críticamente baja<sup>34,37,39-42</sup>. En particular, cuatro revisiones no declararon haber establecido los métodos con anterioridad a su realización<sup>34,39-41</sup>, seis de ellas no disponían de una lista de artículos excluidos y justificación<sup>34,37,39-42</sup>, dos no presentaron de forma explícita y completa la evaluación de riesgo de sesgo que realizaban sobre los ensayos incluidos<sup>40,42</sup>, uno de los trabajos no lleva a cabo los métodos apropiados para la realización de un meta-análisis o justifica correctamente su no realización<sup>41</sup>; finalmente, cinco revisiones carecen de una investigación adecuada sobre el sesgo de publicación<sup>34,35,37,41,42</sup>.

Se valoró la confianza en cada estimador extraído en base a la metodología GRADE. De esta manera, se analizó el número de participantes que contribuyen el estimador, la proporción de pacientes con bajo riesgo de sesgo de selección y detección, la heterogeneidad y la calidad metodológica de la revisión de la que proviene. Así, de los 63 estimadores, según cada dimensión de GRADE, 24 resultados se basan en un conjunto de menos de 100 pacientes, 54 provienen de ensayos con alto riesgo de sesgo de selección y/o detección, en 9 estimadores globales se observa un nivel alto de heterogeneidad (5 son análisis por subgrupos dentro de otros meta-análisis o meta-regresiones y el resto corresponden a estimaciones con un único estudio) y 31 se extraen de RRSS con alguna limitación metodológica crítica, según AMSTAR-2. De los estimadores analizados, 23 presentan un nivel de confianza moderado, 32 bajo y 8 muy bajo (ver Anexo 3. Tablas de síntesis de las revisiones incluidas y Anexo 4. Extracción de estimadores y evaluación de la confianza GRADE para más detalles sobre la evaluación de la calidad de la evidencia).

## IV.2. Descripción y análisis de resultados

### IV.2.1. Eficacia/efectividad

#### Desenlaces principales

El conjunto de revisiones analizadas presentó nueve medidas de resultado estimadas para los efectos de la MT sobre estados de ansiedad<sup>33-39</sup>. En concreto, siete de ellas comparaban MT frente a tratamiento o atención habitual y dos analizaban MT combinada con el tratamiento habitual, comparada con el tratamiento habitual solo. La Tabla 5 muestra un resumen de los resultados estadísticamente significativos en relación a estados de ansiedad, el resto de estimadores analizados están disponibles en el Anexo 4.

**Tabla 5. Resultados para los efectos de MT en ansiedad.**

POBLACIÓN	DESENLACE	COMPARACIÓN	ESCALA/UNIDAD	EFFECTO (IC 95%)	CONFIANZA GRADE
Madres de recién nacidos prematuros	Ansiedad materna	MT vs. Tratamiento habitual.	STAI	DME: -1,82 (-2,42 a -1,22)	Baja
Pacientes diagnosticados de cáncer	Ansiedad	MT vs. Tratamiento habitual	STAI, VAS, QMS	DME: -0,62 (-1,01 a -0,24)	Moderada
Personas con diagnóstico de demencia	Ansiedad (al finalizar la intervención)	MT vs. Atención habitual. Otras actividades.	BPSD, NPI, RAID, BEHAVE-AD, HAM-A, STAI	DME: -0,50 (-0,84 a -0,16)	Moderada
No específica población	Ansiedad (a C/P)	MT + tratamiento habitual vs. Tratamiento habitual solo	HAM-A, HADS-A	DME: -0,74 (-1,40 a -0,08)	Baja

Se encontraron resultados estadísticamente significativos de la MT versus tratamiento habitual para el control de la ansiedad en madres de recién nacidos prematuros (DME: -1,82; IC 95%: -2,42 a -1,22) y en pacientes diagnosticados con cualquier tipo de cáncer (DME: -0,62; IC 95%: -1,01 a -0,24)<sup>34,36</sup>. En pacientes mayores diagnosticados de demencia se observaron efectos al finalizar la intervención (DME: -0,50; IC 95%: -0,84 a -0,16)<sup>38</sup>. Por otra parte, se reportan efectos de reducción de ansiedad en el corto plazo para intervenciones combinadas de tratamiento habitual y MT (DME: -0,74; IC 95%: -1,40 a -0,08) incluyendo diversos colectivos de población en la estimación<sup>33</sup>.

Sólo una revisión ha analizado los efectos de la MT sobre el estrés, de forma combinada con los estados de ansiedad. En general, se encuentran resultados significativos a favor de la práctica de musicoterapia (d de Cohen: 0,529;  $p < 0,001$ ) (véase Tabla 6)<sup>40</sup>.

**Tabla 6. Resultados para los efectos de MT en estrés.**

POBLACIÓN	DESENLACE	COMPARACIÓN	ESCALA/UNIDAD	EFFECTO (IC 95%)	CONFIANZA GRADE
No específica población	Efectos psicológicos del estrés (estrés y ansiedad)	No se especifica comparador	PSS, VAS, STAI	d de Cohen: 0,529 ( $p < 0,001$ ) <sup>¶</sup>	Moderada
¶ Intervalo de confianza no disponible.					

En relación al empleo de MT sobre la depresión o síntomas depresivos, se presentan veinte resultados estimados<sup>33,35-39,41</sup>. De todos ellos, seis analizan el uso de MT comparado con el tratamiento habitual de manera general, cuatro estiman el efecto de MT frente a terapia psicológica, tres estudian el uso de MT combinada con el tratamiento habitual comparada con emplear el tratamiento habitual solo y siete estimadores no indican de forma explícita cuál es el comparador que utilizan frente a MT. La Tabla 7 muestra un resumen de los resultados estadísticamente significativos relativos a estados y síntomas de depresión. En el Anexo 4 se muestra el conjunto global de medidas de efecto analizadas.

**Tabla 7. Resultados para los efectos de MT en depresión.**

POBLACIÓN	DESENLACE	COMPARACIÓN	ESCALA/ UNIDAD	EFEECTO (IC 95%)	CONFIANZA GRADE
Pacientes con demencia que presentan síntomas de depresión	Depresión (a las seis semanas)	No se especifica comparador	CSDD	DME: -5,56 (-8,86 a -2,26)	Baja
	Depresión (a las ocho semanas)	No se especifica comparador	NPI	DME: -1,90 (-3,27 a -0,53)	Muy baja
Personas mayores con diagnóstico de demencia	Depresión (al finalizar la intervención)	MT vs. Atención habitual. Otras actividades.	BPSD, NPI, CSDD, GDS	DME: -0,28 (-0,48 a -0,07)	Moderada
No especifica población	Síntomas depresivos reportados por paciente (a C/P)	MT + tratamiento habitual vs. Tratamiento habitual solo	BDI, GDS	DME: -0,85 (-1,37 a -0,34)	Moderada
	Síntomas depresivos reportados por profesional (a C/P)	MT + tratamiento habitual vs. tratamiento habitual solo	HRSD, HAM-D, MADRS	DME: -0,98 (-1,69 a -0,27)	Moderada

En general, los efectos estadísticamente significativos que se encuentran en estas comparaciones se centran en el uso de MT con personas diagnosticadas de demencia. Estos efectos positivos se presentan en diferentes puntos temporales: a las seis semanas (DM: -5,56; IC 95%: -8,86 a -2,26) y a las ocho

semanas durante el curso del tratamiento (DM: -1,90; IC 95%: -3,27 a -0,53)<sup>41</sup> y al finalizar la intervención (DME: -0,28; IC 95%: -0,48 a -0,07)<sup>38</sup>.

Sin especificar en conjuntos de población con condiciones concretas, se observan mejoras estadísticamente significativas en el corto plazo al utilizar MT en combinación con el tratamiento habitual, tanto utilizando medidas reportadas por los pacientes (DME: -0,85; IC 95%: -1,37 a -0,34) y por profesionales (DME: -0,98; IC 95%: -1,69 a -0,27)<sup>33</sup>.

Dos RRSS analizan manifestaciones fisiológicas de la ansiedad y estrés<sup>34,40</sup>. Una de ellas en recién nacidos prematuros y sus madres, otra no determina un grupo específico de población. Los resultados estadísticamente significativos se muestran en la Tabla 8.

**Tabla 8. Resultados para los efectos de MT en síntomas fisiológicos.**

POBLACIÓN	DESENLACE	COMPARACIÓN	ESCALA/ UNIDAD	EFECTO (IC 95%)	CONFIANZA GRADE
Recién nacidos prematuros	Frecuencia respiratoria	MT vs. Tratamiento habitual.	respiraciones por minuto	-3,91 (-7,8 a -0,03)	Baja
No especifica población	Efectos fisiológicos del estrés (frecuencia cardíaca, presión arterial y niveles hormonales)	No se especifica comparador	Pulsaciones por minuto, respiraciones por minuto, etc.	d de Cohen: 0,423 p < 0,01 <sup>¥</sup>	Baja

¥ Intervalo de confianza no disponible.

En una de ellas se presentan reducciones estadísticamente significativas en el número de respiraciones por minuto (-3,91; IC 95%: -7,8 a -0,03) al emplear MT en recién nacidos, comparada con la atención habitual<sup>34</sup>.

Otro de los estimadores reporta mejoras en relación a los efectos fisiológicos del estrés (frecuencia cardíaca, presión arterial, niveles hormonales) de forma conjunta (d de Cohen: 0,423; p < 0,001)<sup>40</sup>.

### Desenlaces secundarios

En el total de revisiones sistemáticas analizadas, se presentan doce estimadores relacionados con los efectos de estados depresivos y de ansiedad en el comportamiento<sup>34, 37-39,42</sup>. Nueve de estos efectos se han estudiado en personas mayores con demencia, dos en recién nacidos prematuros y uno en personas internas en centros penitenciarios. Se obtuvo un estimador con resultados esta-

dísticamente significativos sobre el conjunto de Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia (DME: -0,52; IC 95%: -0,90 a -0,13)<sup>42</sup>.

**Tabla 9. Resultados para los efectos de MT en el comportamiento.**

POBLACIÓN	DESENLACE	COMPARACIÓN	ESCALA/ UNIDAD	EFEECTO (IC 95%)	CONFIANZA GRADE
Personas con diagnóstico de demencia	Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia	No se especifica comparador	NPI, BEHAVE-AD	DME: -0,52 (-0,90 a -0,13)	Muy baja

Se han recuperado doce estimadores combinados que analizan variables relacionadas con la calidad de vida<sup>33,35-38</sup>. Dos de ellos se centran en población con diagnóstico de demencia, otros cuatro analizan pacientes que reciben cuidados paliativos, uno se refiere pacientes con cáncer y otro a personas internas en centros penitenciarios, cuatro estimadores no se centran en una población específica. Ocho de estos estimadores presentan resultados del uso de MT frente a la atención habitual, dos evalúan MT vs. Terapia psicológica y otros dos analizan MT combinada con el tratamiento habitual vs. tratamiento habitual. La Tabla 10 muestra los estimadores estadísticamente significativos para este conjunto de variables de resultado. En el Anexo 4 se detallan todas las comparaciones extraídas de las RRSS.

**Tabla 10. Resultados para los efectos de MT en la calidad de vida.**

POBLACIÓN	DESENLACE	COMPARACIÓN	ESCALA/ UNIDAD	EFEECTO (IC 95%)	CONFIANZA GRADE
Pacientes en cuidados paliativos	Calidad de vida	MT vs. Tratamiento habitual.	HQLI-R, ESAS, VAS	DME: 0,69 (0,11 a 1,27)	Baja
	Bienestar funcional	MT vs. Tratamiento habitual.	HQLI-R	DM: 13,40 (7,25 a 19,54)	Baja
	Bienestar psicofisiológico	MT vs. Tratamiento habitual.	HQLI-R	DM: 17,41 (9,10 a 25,72)	Baja
	Bienestar social/espiritual	MT vs. Tratamiento habitual.	HQLI-R	DM: 6,02 (9,10 a 25,72)	Baja
Internos en centros penitenciarios	Función social	MT vs. Tratamiento habitual.	TSBI, Q-LES-Q-Social, SDAS	g de Hedges: 0,35 (0,06 a 0,65)	Baja

Se obtienen efectos estadísticamente significativos sobre la calidad de vida global en pacientes que reciben cuidados paliativos (DME: 0,69; IC 95%: 0,11 a 1,27) y, en concreto, en las dimensiones de bienestar funcional (DM: 13,40; IC 95%: 7,25 a 19,54), psicofisiológico (DM: 17,41; IC 95%: 9,10 a 25,72), y bienestar social/espiritual (DM: 6,02; IC 95%: 1,67 a 10,37)<sup>35</sup>. Por otro lado, se reportan resultados positivos en relación a la función social en internos de centros penitenciarios (g de Hedges: 0,35; IC 95%: 0,06 a 0,65)<sup>37</sup>.

## IV.2.2. Seguridad

Una RS proporcionó estimadores sobre existencia de efectos adversos de cualquier naturaleza<sup>33</sup>. No se obtuvieron resultados estadísticamente significativos que pudieran asociar el empleo de la MT en adición al tratamiento habitual con más o menos eventos adversos que el tratamiento habitual solo, tanto a corto (OR: 0,45; IC 95%: 0,02 a 11,46) como a medio plazo (OR: 0,69; IC 95%: 0,06 a 7,91).

## V. Discusión

En este informe se han analizado 10 revisiones sistemáticas sobre el empleo de la MT para el control de la ansiedad, el estrés y la depresión. Estas revisiones carecen de elementos esenciales de calidad y los ensayos en los que se basan presentan numerosas limitaciones, por ejemplo, incluyen a un número reducido de participantes, la aleatorización y el cegamiento a los/as analistas es débil o no se detalla correctamente. Seis revisiones presentan estimadores de efectos positivos de la MT para los desenlaces de eficacia/efectividad principales de esta evaluación<sup>33,34,36,38,40,41</sup>: ansiedad, depresión y estrés. Únicamente en tres de ellas los autores sugieren que estos beneficios son clínicamente relevantes<sup>33,34,41</sup>, y sólo dos revisiones están centradas en poblaciones concretas y/o determinadas condiciones de aplicación.

En particular, en el contexto de la atención a recién nacidos prematuros, el conjunto de ECA que contribuyen a la revisión analizada presentan una heterogeneidad alta, con variaciones en cuanto a las técnicas empleadas (tipo, duración, frecuencia) y presentan un riesgo de sesgo elevado. De esta manera, el nivel de confianza en los resultados es bajo. Los autores declaran que el uso de MT puede tener efectos significativos en el estado de ansiedad en madres de niños/as prematuros y, basándose en las equivalencias clínicas para la escala STAI<sup>34,43</sup>, aseguran que la reducción de la ansiedad podría implicar un paso de manejo clínico a subclínico. Los mismos autores también establecen que la disminución en la frecuencia respiratoria de los niños/as prematuros sería clínicamente significativa.

Del mismo modo, para pacientes con diagnóstico de demencia, los autores declaran la existencia de efectos antidepresivos significativos, que se dan solamente en intervenciones prolongadas en el tiempo (mínimo seis semanas)<sup>39</sup>. Estos efectos, asimismo, provienen de una síntesis con numerosas limitaciones metodológicas y no alcanzan los niveles de confianza requeridos.

La tercera revisión que presenta resultados favorables y clínicamente relevantes sobre el uso de MT para tratar la depresión no se centra en una población concreta y la confianza alrededor de sus estimadores es moderada. Las condiciones en las que se aplica la técnica son en combinación con el tratamiento de uso habitual, en lugar de presentarse como una alternativa y los posibles efectos clínicamente significativos se observan únicamente en el corto plazo<sup>33,44</sup>.

El resto de revisiones que reportan resultados significativos en términos estadísticos para los desenlaces principales indican que la MT podría tener beneficios en la reducción de ansiedad y depresión de pacientes con

cáncer<sup>36</sup>, mejorar estados de ansiedad y depresión en personas mayores con demencia<sup>38</sup> y ayudar a controlar las manifestaciones fisiológicas del estrés<sup>40</sup>. Sin embargo, la relevancia clínica de estos efectos no es discutida por los autores. Estos estimadores presentan una confianza baja o muy baja, ya que se obtienen de la síntesis de estudios con pocos participantes, elevado riesgo de sesgo y heterogéneos entre sí.

Por otro lado, no se han obtenido resultados significativos que puedan asociar el empleo de la MT con más o menos eventos adversos que el tratamiento habitual.

La información que aportan las revisiones indica la existencia de variabilidad en la forma de administración, pautas y el enfoque de la intervención (duración, rol de los/as participantes, tiempo hasta resultados, etc.). Esto plantea dificultades a la hora de evaluar esta práctica empleada con objetivos terapéuticos, no siendo posible establecer unas condiciones de aplicación sólidas, sistemáticas y consistentes.

Numerosas RRSS analizadas a texto completo fueron excluidas de la síntesis, ya que analizaban estudios donde no se describía adecuadamente la intervención y la formación de los/as terapeutas. La definición adoptada en este informe considera la musicoterapia un proceso personalizado que debe ser dirigido por profesionales con formación específica. En este sentido, en España existen dos títulos de máster con carácter oficial<sup>45,46</sup>. Sin embargo, es preciso mencionar que la Musicoterapia no está establecida como una profesión sanitaria según la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias.

Por su parte, este informe no está exento de sus propias limitaciones. En primer lugar, no se trata de una aplicación estricta de la metodología GRADE ya que no se vuelve a evaluar la calidad de los estudios individuales incluidos dentro de las revisiones, sino que se extrae la valoración que realizan las RRSS<sup>29</sup>. Se han adoptado criterios objetivos para asignar un nivel de confianza en la evidencia de las revisiones a través del número de participantes, el riesgo de sesgo de los participantes que contribuyen a cada resultado estimado, la heterogeneidad entre estudios incluidos y la calidad metodológica de cada revisión<sup>30</sup>. Aún con todo, existen sesgos potenciales en este proceso: las revisiones analizadas evalúan la calidad metodológica de los ensayos incluidos con distintos instrumentos, o reportan conjuntamente el riesgo de sesgo de los estudios que contribuyen a cada estimador; el criterio para determinar la inconsistencia permite unos niveles de heterogeneidad altos (hasta el 75%), sin embargo, no se ha variado este criterio para mantener la reproducibilidad del algoritmo.

Los resultados que se analizan en el presente informe son estimadores globales, por lo que la identificación de resultados clínicamente significati-

vos queda restringida a aquellos obtenidos a partir de una única escala o que hayan han sido discutidos por los/as autores/as de las revisiones.

Igualmente, podría existir sesgo de publicación en las RRSS, sin embargo, la estrategia de búsqueda sistemática ha sido combinada con el procedimiento de consulta previa a Agentes de interés, que aportaron numerosos estudios publicados. No se realizaron búsquedas en literatura gris debido a su dudoso impacto en los resultados del informe.

La calidad de las revisiones analizadas en este informe, así como la calidad de los estudios incluidos en las mismas es baja y no permite tener confianza en los resultados que muestran. A pesar de que no se excluyen revisiones por razones metodológicas o por la calidad de los estudios incluidos, el análisis de resultados se ha llevado a cabo de manera sistemática y transparente para reflejar cualquier limitación. En definitiva, las carencias metodológicas de los estudios originales y la falta de elementos clave en las RRSS hacen que no sea posible establecer recomendaciones claras de empleo de la MT.



## VI. Conclusiones

- Las revisiones analizadas carecen de elementos metodológicos esenciales y los estudios incluidos en ellas son de baja calidad. La evidencia en la que se sustentan los resultados positivos obtenidos en relación con la eficacia de esta técnica está sujeta a un alto riesgo de sesgo y presenta inconsistencias. No es posible formular recomendaciones a favor del empleo de la MT para reducir la ansiedad, depresión o estrés.
- Los estudios incluidos en las RRSS revisadas presentan variabilidad en la forma de administración, pautas y el enfoque de la intervención (duración, rol de los/as participantes, tiempo hasta resultados, etc.). Por tanto, no es posible considerar la MT como una alternativa terapéutica consistente.
- De las 10 revisiones incluidas, únicamente tres sugieren que la MT podría tener beneficios relevantes en el control de la ansiedad o la depresión. Dos de ellas se centran en poblaciones concretas y/o determinadas condiciones de aplicación. La confianza en estos resultados es baja, debido al riesgo de sesgo de los estudios incluidos, la heterogeneidad y la omisión de elementos críticos en la metodología de las revisiones.
- No se han encontrado resultados que puedan asociar el uso de la MT con mayor o menor número de efectos adversos.
- Gran número de RRSS analizan de forma conjunta técnicas e intervenciones basadas en la música (algunas no consideradas estrictamente MT) sin especificar la formación del personal que lo administra, por lo que sus resultados estimados han sido excluidos del presente informe.



# Contribución de los autores

El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud ha contado con un grupo de trabajo para la realización de este informe. En este grupo han participado varios técnicos de evaluación de tecnologías sanitarias, así como documentalistas, quienes han llevado a cabo la planificación y el diseño del estudio, el desarrollo de la estrategia de búsqueda y consulta en las diferentes bases de datos, la selección de estudios, extracción de datos, lectura crítica de los estudios cualitativa de los resultados, redacción del presente informe y revisión interna del mismo. Se ha contado también con personal administrativo, quienes han realizado tareas de apoyo.

Así mismo, este informe ha sido coordinado a nivel organizativo y científico. Este manuscrito ha sido leído y aprobado por todas las personas implicadas.

✉ Correo electrónico de contacto: [hta.iacs@aragon.es](mailto:hta.iacs@aragon.es)



# Declaración de intereses

Los autores del presente informe declaran no tener conflictos de intereses en relación con la tecnología evaluada y los comparadores considerados.



# Referencias bibliográficas

1. Análisis de situación de las terapias naturales. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>.
2. Haase U. Thoughts on WFMT's Definition of Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*. 2012;21(2):194-5.
3. Chlan L, Halm MA. Does music ease pain and anxiety in the critically ill? *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2013;22(6):528-32.
4. Thaut MH. Neurophysical processes in music perception and their relevance in music therapy. In: Unkefer RF, editor. *Music Therapy in the Treatment of Adults With Mental Disorders: Theoretical Bases and Clinical Interventions* New York: Schirmer Books; 1990. p. 3-32.
5. Stegemann T, Geretsegger M, Phan Quoc E, Riedl H, Smetana M. Music Therapy and Other Music-Based Interventions in Pediatric Health Care: An Overview. *Medicines (Basel, Switzerland)*. 2019;6(1).
6. American Music Therapy Association: What is Music Therapy? 2021 [06.04.2021]. Disponible en: <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>.
7. Bradt J, Potvin N, Kesslick A, Shim M, Radl D, Schriver E, et al. The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study. *Support Care Cancer*. 2015;23(5):1261-71.
8. Zarghi A, Zali A, Ashrafi F, Moazezi S. Assessment of Brain Function in Music Therapy. *American Journal of Applied Psychology*. 2014;2(3):66-8.
9. Murrock CJ, Bekhet AK. Concept Analysis: Music Therapy. *Research and theory for nursing practice*. 2016;30(1):44-59.
10. Reviriego-Rodrigo Eva, Bayón-Yusta Juan Carlos, Gutiérrez-Iglesias Asun, Galnares-Cordero Lorea. Trastornos del Espectro Autista: evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2022. Disponible en: [https://redets.sanidad.gob.es/documentos/OSTEBA\\_TEA.pdf](https://redets.sanidad.gob.es/documentos/OSTEBA_TEA.pdf).

11. Daisy Fancourt, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. WHO Regional Office for Europe, 2019. Available from <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/what-is-the-evidence-on-the-role-of-the-arts-in-improving-health-and-well-being-a-scoping-review-2019>.
12. Nilsson U. The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: a systematic review. *AORN journal*. 2008;87(4):780-807.
13. Forooghy M, Mottahedian Tabrizi E, Hajizadeh E, Pishgoo B. Effect of Music Therapy on Patients' Anxiety and Hemodynamic Parameters During Coronary Angioplasty: A Randomized Controlled Trial. *Nursing and midwifery studies*. 2015;4(2):e25800.
14. Romito F, Lagattolla F, Costanzo C, Giotta F, Mattioli V. Music therapy and emotional expression during chemotherapy. How do breast cancer patients feel? *European Journal of Integrative Medicine*. 2013;5(5):438-42.
15. Jasemi M, Aazami S, Zabihi RE. The Effects of Music Therapy on Anxiety and Depression of Cancer Patients. *Indian journal of palliative care*. 2016;22(4):455-8.
16. Gallagher LM, Lagman R, Rybicki L. Outcomes of Music Therapy Interventions on Symptom Management in Palliative Medicine Patients. *The American journal of hospice & palliative care*. 2018;35(2):250-7.
17. Chuang CH, Chen PC, Lee CS, Chen CH, Tu YK, Wu SC. Music intervention for pain and anxiety management of the primiparous women during labour: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2019;75(4):723-33.
18. Corbijn van Willenswaard K, Lynn F, McNeill J, McQueen K, Dennis CL, Lobel M, et al. Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):271.
19. Abdelhakim AM, Samy A, Abbas AM. Effect of music in reducing patient anxiety during colposcopy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*. 2019.
20. Bradt J, Dileo C, Shim M. Music interventions for preoperative anxiety. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013(6):CD006908.
21. Okada K, Kurita A, Takase B, Otsuka T, Kodani E, Kusama Y, et al. Effects of music therapy on autonomic nervous system activity, incidence of heart failure events, and plasma cytokine and catecholamine

- levels in elderly patients with cerebrovascular disease and dementia. *Int Heart J.* 2009;50(1):95-110.
22. Gaviola MA, Inder KJ, Dilworth S, Holliday EG, Higgins I. Impact of individualised music listening intervention on persons with dementia: A systematic review of randomised controlled trials. *Australasian journal on ageing.* 2020;39(1):10-20.
  23. Lieber AC, Bose J, Zhang X, Seltzberg H, Loewy J, Rossetti A, et al. Effects of music therapy on anxiety and physiologic parameters in angiography: a systematic review and meta-analysis. *Journal of neurointerventional surgery.* 2019;11(4):416-23.
  24. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry.* 2014;14 Suppl 1:S1.
  25. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2007(1):CD001848.
  26. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
  27. Puñal-Riobóo J, Baños Álvarez E, Varela Lema L, Castillo Muñoz M, Atienza Merino G, Ubago Pérez R, et al. Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, avalia-t. 2016.
  28. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ (Clinical research ed).* 2017;358:j4008.
  29. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.0 (updated July 2019). Cochrane, 2019. Available from [www.training.cochrane.org/handbook](http://www.training.cochrane.org/handbook).
  30. Pollock A, Farmer SE, Brady MC, Langhorne P, Mead GE, Mehrholz J, et al. Interventions for improving upper limb function after stroke. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2014(11):CD010820.

31. Joanna Briggs I. The Joanna Briggs Institute Best Practice Information Sheet: music as an intervention in hospitals. *Nursing & health sciences*. 2011;13(1):99-102.
32. Bradt J, Dileo C, Potvin N. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(12):Cd006577.
33. Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE, Spreen M, Ket JC, Vink AC, et al. Music therapy for depression. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;11:Cd004517.
34. Bieleninik L, Ghetti C, Gold C. Music Therapy for Preterm Infants and Their Parents: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;138(3).
35. Bradt J, Dileo C. Music therapy for end-of-life care. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(1):Cd007169.
36. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(8):Cd006911.
37. Chen XJ, Leith H, Aarø LE, Manger T, Gold C. Music therapy for improving mental health problems of offenders in correctional settings: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*. 2016;12(2):209-28.
38. van der Steen JT, van Soest-Poortvliet MC, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJ, Vink AC. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;5:Cd003477.
39. Chang YS, Chu H, Yang CY, Tsai JC, Chung MH, Liao YM, et al. The efficacy of music therapy for people with dementia: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of clinical nursing*. 2015;24(23-24):3425-40.
40. de Witte M, Spruit A, van Hooren S, Moonen X, Stams GJ. Effects of music interventions on stress-related outcomes: a systematic review and two meta-analyses. *Health psychology review*. 2019:1-31.
41. Li HC, Wang HH, Lu CY, Chen TB, Lin YH, Lee I. The effect of music therapy on reducing depression in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric nursing (New York, NY)*. 2019;40(5):510-6.
42. Na R, Yang JH, Yeom Y, Kim YJ, Byun S, Kim K, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Moderate to Severe Dementia. *Psychiatry investigation*. 2019;16(5):325-35.

43. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis care & research*. 2011;63 Suppl 11:S467-72.
44. Kurlowicz LH, Evans LK, Strumpf NE, Maislin G. A psychometric evaluation of the Cornell Scale for Depression in Dementia in a frail, nursing home population. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2002;10(5):600-8.
45. Resolución de 7 de febrero de 2011, de la Secretaría General de Universidades, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 28 de enero de 2011, por el que se establece el carácter oficial de determinados títulos de Máster y su inscripción en el Registro de Universidades, Centros y Títulos. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2011. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/02/24/pdfs/BOE-A-2011-3633.pdf>.
46. Resolución de 13 de octubre de 2017, de la Secretaría General de Universidades, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 29 de septiembre de 2017, por el que se establece el carácter oficial de determinados títulos de Máster y su inscripción en el Registro de Universidades, Centros y Títulos. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2017. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2017/10/24/pdfs/BOE-A-2017-12135.pdf>.
47. Anolak H, Watt B, Thornton C. Guided Imagery and Music (GIM) combined with Music, Drawing and Narrative (MDN) as an intervention for reducing perinatal anxiety. *Women and Birth*. 2018;31:S30-S1.
48. Arnon S. Music therapy for hospitalized pregnant women – The way to go forward. *Nordic Journal of Music Therapy*. 2019;28(1):4-6.
49. Barry P, O’Callaghan C, Wheeler G, Grocke D. Music therapy CD creation for initial pediatric radiation therapy: a mixed methods analysis. *Journal of music therapy*. 2010;47(3):233-63.
50. Bibb J, Castle D, Newton R. ‘Circuit breaking’ the anxiety: Experiences of group music therapy during supported post-meal time for adults with anorexia nervosa. *Australian Journal of Music Therapy*. 2016;27:1-11.
51. Cantekin I, Tan M. The influence of music therapy on perceived stressors and anxiety levels of hemodialysis patients. *Renal failure*. 2013;35(1):105-9.
52. Chávez Martínez R, Ruiz Paloalto L, Esperilla García EE, Jofré Fradera J. Musicoterapia como atención de enfermería en procedimiento

quirúrgico para disminuir estrés fisiológico y psicológico: propuesta de intervención. *Rev Evidentia*. 2019;16(e11354):1-5.

53. Comeaux T, Comeaux T. The effect of complementary music therapy on the patient's postoperative state anxiety, pain control, and environmental noise satisfaction. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. 2013;22(5):313-8.
54. De la Rubia JE, Sancho P, Cabañés C. Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2014;4(2):131-40.
55. de la Rubia Orti JE, Garcia-Pardo MP, Iranzo CC, Madrigal JJC, Castillo SS, Rochina MJ, et al. Does Music Therapy Improve Anxiety and Depression in Alzheimer's Patients? *Journal of alternative and complementary medicine*. 2018;24(1):33-6.
56. Fiore J. A Pilot Study Exploring the Use of an Online Pre-Composed Receptive Music Experience for Students Coping with Stress and Anxiety. *Journal of music therapy*. 2018;55(4):383-407.
57. Galaal K, Bryant A, Deane KH, Al-Khaduri M, Lopes AD. Interventions for reducing anxiety in women undergoing colposcopy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(12):Cd006013.
58. Gardstrom SC, Bartkowski J, Willenbrink J, Diestelkamp WS. The Impact of Group Music Therapy on Negative Affect of People with Co-Occurring Substance Use Disorders and Mental Illnesses. *Music Therapy Perspectives*. 2013;31(2):116-26.
59. Ghetti CM. Effect of music therapy with emotional-approach coping on preprocedural anxiety in cardiac catheterization: a randomized controlled trial. *Journal of music therapy*. 2013;50(2):93-122.
60. Goldbeck L, Ellerkamp T. A randomized controlled trial of multimodal music therapy for children with anxiety disorders. *Journal of music therapy*. 2012;49(4):395-413.
61. Golino AJ, Leone R, Gollenberg A, Christopher C, Stanger D, Davis TM, et al. Impact of an Active Music Therapy Intervention on Intensive Care Patients. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2019;28(1):48-55.
62. Gomez-Romero M, Jimenez-Palomares M, Rodriguez-Mansilla J, Flores-Nieto A, Garrido-Ardila EM, Gonzalez Lopez-Arza MV. Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagno-

- sed with dementia: a systematic review. *Neurologia* (Barcelona, Spain). 2017;32(4):253-63.
63. Gooding LF, Yinger OS, Iocono J. Preoperative Music Therapy for Pediatric Ambulatory Surgery Patients: A Retrospective Case Series. *Music Therapy Perspectives*. 2016;34(2):191-9.
  64. Guetin S, Portet F, Picot MC, Pommie C, Messaoudi M, Djabelkir L, et al. Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2009;28(1):36-46.
  65. Jiménez Izarra C. Musicoterapia para el tratamiento de la ansiedad, depresión y somatizaciones Estudio de un caso. 2017. 2017;1:21.
  66. John N, Angeline A. Effectiveness of Music Therapy on Anxiety and Pain among Mothers During First Stage of Labour in Selected Hospitals at Kollam. *International Journal of Nursing Education*. 2017;9(2):24.
  67. Kovac M. Music Interventions for the Treatment of Preoperative Anxiety. *Journal of Consumer Health on the Internet*. 2014;18(2):193-201.
  68. Krishnaswamy P, Nair S. Effect of Music Therapy on Pain and Anxiety Levels of Cancer Patients: A Pilot Study. *Indian journal of palliative care*. 2016;22(3):307-11.
  69. Lee JH. The Effects of Music on Pain: A Meta-Analysis. *J Music Ther*. 2016;53(4):430-77.
  70. Liu J, Gao C, Yang Y, Yang H. The Implication of Music Therapy on the Anxiety of Patients Undergoing Day Surgery with Non-General Anaesthesia. *Ambulatory Surgery*. 2019;25(1):26-7.
  71. Madson AT, Silverman MJ. The effect of music therapy on relaxation, anxiety, pain perception, and nausea in adult solid organ transplant patients. *Journal of music therapy*. 2010;47(3):220-32.
  72. Mercadal-Brotons M. Music Therapy for Non-Alzheimer's Disease Dementia: A Systematic Review. *Alzheimer's & Neurodegenerative Diseases*. 2019;5(2):1-5.
  73. Millett CR, Gooding LF. Comparing Active and Passive Distraction-Based Music Therapy Interventions on Preoperative Anxiety in Pediatric Patients and Their Caregivers. *Journal of music therapy*. 2018;54(4):460-78.
  74. Miranda MC, Hazard SO, Miranda PV. La música como una herramienta terapéutica en medicina. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2017;55:266-77.

75. Mofredj A, Alaya S, Tassaïoust K, Bahloul H, Mrabet A. Music therapy, a review of the potential therapeutic benefits for the critically ill. *Journal of critical care*. 2016;35:195-9.
76. Morgan K, Bartrop R, Telfer J, Tennant C. A controlled trial investigating the effect of music therapy during an acute psychotic episode. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2011;124(5):363-71.
77. Orjuela Rojas JM. Efecto ansiolítico de la musicoterapia: aspectos neurobiológicos y cognoscitivos del procesamiento musical. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2011;40(4):748-59.
78. Park JY, Park S. Effects of Two Music Therapy Methods on Agitation and Anxiety among Patients Weaning off Mechanical Ventilation: A Pilot Study. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2019;26(2):136-43.
79. Pereira APS, Marinho V, Gupta D, Magalhaes F, Ayres C, Teixeira S. Music Therapy and Dance as Gait Rehabilitation in Patients With Parkinson Disease: A Review of Evidence. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. 2019;32(1):49-56.
80. Preyde M, Berends A, Parehk S, Heintzman J. Adolescents' Evaluation of Music Therapy in an Inpatient Psychiatric Unit: A Quality Improvement Project. *Music Therapy Perspectives*. 2017;35(1):58-62.
81. Ramirez R, Planas J, Escude N, Mercade J, Farriols C. EEG-Based Analysis of the Emotional Effect of Music Therapy on Palliative Care Cancer Patients. *Frontiers in psychology*. 2018;9(254).
82. Rodríguez Rodríguez P, Sánchez Barba M, del Barco Morillo E. Investigación en musicoterapia sobre la relajación, estado emocional y reducción del dolor en el enfermo oncológico / Research in music therapy on relaxation, emotional states and pain reduction in oncology patients. 2017. 2017;1:16.
83. Sanjuan Navais M, Via Clavero G, Vazquez Guillamet B, Moreno Duran AM, Martinez Estalella G. [Effect of music on anxiety and pain in patients with mechanical ventilation]. *Enfermería intensiva*. 2013;24(2):63-71.
84. Shabanloei R, Golchin M, Esfahani A, Dolatkhah R, Rasoulían M. Effects of music therapy on pain and anxiety in patients undergoing bone marrow biopsy and aspiration. *AORN journal*. 2010;91(6):746-51.
85. Thompson S, Grocke D, Dileo C. The use of group descriptive phenomenology within a mixed methods study to understand the experience of music therapy for women with breast cancer. *Nordic Journal of Music Therapy*. 2016;26(4):320-37.

86. van der Heijden MJE, Oliai Araghi S, Jeekel J, Reiss IKM, Hunink MGM, van Dijk M. Do Hospitalized Premature Infants Benefit from Music Interventions? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *PloS one*. 2016;11(9):e0161848.
87. Woods B, O'Philbin L, Farrell EM, Spector AE, Orrell M. Reminiscence therapy for dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2018;3:CD001120.
88. Baker FA, Metcalf O, Varker T, O'Donnell M. A systematic review of the efficacy of creative arts therapies in the treatment of adults with PTSD. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*. 2018;10(6):643-51.
89. Birnie KA, Chambers CT, Taddio A, McMurtry CM, Noel M, Pillai Riddell R, et al. Psychological Interventions for Vaccine Injections in Children and Adolescents: Systematic Review of Randomized and Quasi-Randomized Controlled Trials. *Clin J Pain*. 2015;31(10 Suppl):S72-89.
90. Bradt J, Dileo C. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(2).
91. Bradt J, Dileo C, Grocke D. Music interventions for mechanically ventilated patients. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(12):Cd006902.
92. Bradt J, Shim M, Goodill SW. Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(1).
93. Bro ML, Jespersen KV, Hansen JB, Vuust P, Abildgaard N, Gram J, et al. Kind of blue: A systematic review and meta-analysis of music interventions in cancer treatment. *Psychooncology*. 2018;27(2):386-400.
94. Brown Wilson C, Arendt L, Nguyen M, Scott TL, Neville CC, Pachana NA. Nonpharmacological Interventions for Anxiety and Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *The Gerontologist*. 2019.
95. Chan MF, Wong ZY, Thayala NV. The effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults: a systematic review. *Complementary therapies in medicine*. 2011;19(6):332-48.
96. Chlan L, Halm MA. DOES MUSIC EASE PAIN AND ANXIETY IN THE CRITICALLY ILL? *American Journal of Critical Care*. 2013;22(6):528-32.

97. Craig J. Music therapy to reduce agitation in dementia. *Nursing times*. 2014;110(32-33):12-5.
98. Daykin N, Mansfield L, Meads C, Julier G, Tomlinson A, Payne A, et al. What works for wellbeing? A systematic review of wellbeing outcomes for music and singing in adults. *Perspectives in public health*. 2018;138(1):39-46.
99. Fu VX, Oomens P, Sneiders D, van den Berg SAA, Feelders RA, Wijnhoven BPL, et al. The Effect of Perioperative Music on the Stress Response to Surgery: A Meta-analysis. *The Journal of surgical research*. 2019;244:444-55.
100. Gao Y, Wei Y, Yang W, Jiang L, Li X, Ding J, et al. The Effectiveness of Music Therapy for Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2019;57(2):319-29.
101. García-Perdomo HA, Montealegre Cardona LM, Cordoba-Wagner MJ, Zapata-Copete JA. Music to reduce pain and anxiety in cystoscopy: a systematic review and meta-analysis. *J Complement Integr Med*. 2018;16(3).
102. Gaviola MA, Inder KJ, Dilworth S, Holliday EG, Higgins I. Impact of individualised music listening intervention on persons with dementia: A systematic review of randomised controlled trials. *Australasian journal on ageing*. 2019.
103. Geipel J, Koenig J, Hillecke TK, Resch F, Kaess M. Music-based interventions to reduce internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2018;225:647-56.
104. Gooding L, Swezey S, Zwischenberger JB. Using music interventions in perioperative care. *Southern medical journal*. 2012;105(9):486-90.
105. Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(3):194-232.
106. Hole J, Hirsch M, Ball E, Meads C. Music as an aid for postoperative recovery in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2015;386(10004):1659-71.
107. Jayakar JP, Alter DA. Music for anxiety reduction in patients undergoing cardiac catheterization: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary therapies in clinical practice*. 2017;28:122-30.
108. Kim Y, Evangelista LS, Park YG. Anxiolytic Effects of Music Interventions in Patients Receiving Incenter Hemodialysis: A Systematic

- Review and Meta-Analysis. *Nephrology nursing journal : journal of the American Nephrology Nurses' Association*. 2015;42(4):339-47; quiz 48.
109. Kuhlmann AYR, de Rooij A, Kroese LF, van Dijk M, Hunink MGM, Jeekel J. Meta-analysis evaluating music interventions for anxiety and pain in surgery. *Br J Surg*. 2018;105(7):773-83.
  110. Kühlmann AYR, Etnel JRG, Roos-Hesselink JW, Jeekel J, Bogers AJJC, Takkenberg JJM. Systematic review and meta-analysis of music interventions in hypertension treatment: A quest for answers. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2016;16(1).
  111. Kyriakides R, Jones P, Geraghty R, Skolarikos A, Liatsikos E, Traxer O, et al. Effect of Music on Outpatient Urological Procedures: A Systematic Review and Meta-Analysis from the European Association of Urology Section of Uro-Technology. *The Journal of urology*. 2018;199(5):1319-27.
  112. Li J, Zhou L, Wang Y. The effects of music intervention on burn patients during treatment procedures: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Complement Altern Med*. 2017;17(1):158.
  113. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health technology assessment (Winchester, England)*. 2014;18(39):1-226, v-vi.
  114. Loomba RS, Arora R, Shah PH, Chandrasekar S, Molnar J. Effects of music on systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and heart rate: a meta-analysis. *Indian heart journal*. 2012;64(3):309-13.
  115. McConnell T, Scott D, Porter S. Music therapy for end-of-life care: An updated systematic review. *Palliative medicine*. 2016;30(9):877-83.
  116. Moola S, Pearson A, Hagger C. Effectiveness of music interventions on dental anxiety in paediatric and adult patients: a systematic review. *JBI library of systematic reviews*. 2011;9(18):588-630.
  117. Nightingale CL, Rodriguez C, Carnaby G. The impact of music interventions on anxiety for adult cancer patients: a meta-analysis and systematic review. *Integrative cancer therapies*. 2013;12(5):393-403.
  118. Pedersen SKA, Andersen PN, Lugo RG, Andreassen M, Sutterlin S. Effects of Music on Agitation in Dementia: A Meta-Analysis. *Frontiers in psychology*. 2017;8:742.

119. Puetz TW, Morley CA, Herring MP. Effects of creative arts therapies on psychological symptoms and quality of life in patients with cancer. *JAMA internal medicine*. 2013;173(11):960-9.
120. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Sao Paulo Medical Journal*. 2016;134(1):92.
121. Shanmuganandan AP, Siddiqui MRS, Farkas N, Sran K, Thomas R, Mohamed S, et al. Does music reduce anxiety and discomfort during flexible sigmoidoscopy? A systematic review and meta-analysis. *World journal of gastrointestinal endoscopy*. 2017;9(5):228-37.
122. Song M, Li N, Zhang X, Shang Y, Yan L, Chu J, et al. Music for reducing the anxiety and pain of patients undergoing a biopsy: A meta-analysis. *Journal of advanced nursing*. 2018;74(5):1016-29.
123. Steenhuis LA, Nauta MH, Bocking CL, Pijnenborg GH. Treating Depressive Symptoms in Psychosis: A Network Meta-Analysis on the Effects of Non-Verbal Therapies. *PloS one*. 2015;10(10):e0140637.
124. Stern C. Music interventions for preoperative anxiety. *International journal of evidence-based healthcare*. 2013;11(3):208-9.
125. Tam WW, Lo KK, Hui DS. The effect of music during bronchoscopy: A meta-analysis. *Heart & lung : the journal of critical care*. 2016;45(2):86-94.
126. Tsoi KKF, Chan JYC, Ng YM, Lee MMY, Kwok TCY, Wong SYS. Receptive Music Therapy Is More Effective than Interactive Music Therapy to Relieve Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2018;19(7):568-76.e3.
127. Umbrello M, Sorrenti T, Mistraretti G, Formenti P, Chiumello D, Terzoni S. Music therapy reduces stress and anxiety in critically ill patients: a systematic review of randomized clinical trials. *Minerva Anesthesiol*. 2019;85(8):886-98.
128. van der Heijden MJ, Oliai Araghi S, van Dijk M, Jeekel J, Hunink MG. The Effects of Perioperative Music Interventions in Pediatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS One*. 2015;10(8):e0133608.
129. Vetter D, Barth J, Uyulmaz S, Uyulmaz S, Vonlanthen R, Belli G, et al. Effects of Art on Surgical Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg*. 2015;262(5):704-13.
130. Wade DF, Moon Z, Windgassen SS, Harrison AM, Morris L, Weinman JA. Non-pharmacological interventions to reduce ICU-related

- psychological distress: a systematic review. *Minerva anesthesiologica*. 2016;82(4):465-78.
131. Wall M, Duffy A. The effects of music therapy for older people with dementia. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*. 2010;19(2):108-13.
  132. Wang MC, Zhang LY, Zhang YL, Zhang YW, Xu XD, Zhang YC. Effect of music in endoscopy procedures: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Med*. 2014;15(10):1786-94.
  133. Wang X, Zhang Y, Fan Y, Tan XS, Lei X. Effects of Music Intervention on the Physical and Mental Status of Patients with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Breast care (Basel, Switzerland)*. 2018;13(3):183-90.
  134. Watson K, Chang E, Johnson A. The efficacy of complementary therapies for agitation among older people in residential care facilities: a systematic review. *JBIC library of systematic reviews*. 2012;10(53):3414-86.
  135. Yang WJ, Bai YM, Qin L, Xu XL, Bao KF, Xiao JL, et al. The effectiveness of music therapy for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Complementary therapies in clinical practice*. 2019;37:93-101.
  136. Yinger OS, Gooding LF. A systematic review of music-based interventions for procedural support. *J Music Ther*. 2015;52(1):1-77.
  137. Yip P, Middleton P, Cyna AM, Carlyle AV. Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(7):N.PAG-N.PAG.
  138. Zapata-Copete JA, Cordoba-Wagner MJ, Garcia-Perdomo HA. Role of Music in a Plastic Surgery Setting: A Systematic Review and Meta-analysis. *Indian journal of plastic surgery : official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*. 2019;52(2):160-5.
  139. Zeng YS, Wang C, Ward KE, Hume AL. Complementary and Alternative Medicine in Hospice and Palliative Care: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2018;56(5):781-94.e4.
  140. Zhang JM, Wang P, Yao JX, Zhao L, Davis MP, Walsh D, et al. Music interventions for psychological and physical outcomes in cancer: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2012;20(12):3043-53.



# Anexos

## Anexo 1. Estrategias de búsqueda

Fecha de realización de la búsqueda: 30 de octubre de 2019

### Pubmed/Medline

#1 “Anxiety”[Mesh]) OR “Anxiety Disorders”[Mesh] OR anxiety[tiab] OR anxieties[tiab] OR “Mood Disorders”[Mesh] OR “mood disorder”[tiab] OR “mood disorders”[tiab] OR “affective disorder”[tiab] OR “affective disorders”[tiab] OR “affective disturbance”[tiab] OR “affective disturbances”[tiab] OR “affective illness”[tiab] OR agitation[tiab] OR “mood disturbance”[tiab] OR “mood disturbances”[tiab] OR nervousness[tiab] OR phobia[tiab] OR phobias[tiab] OR “phobic anxiety”[tiab] OR “Phobic Disorders”[Mesh] OR “phobic disorders”[tiab] OR “phobic fear”[tiab] OR “phobic fears”[tiab] OR “phobic neuroses”[tiab] OR “phobic neurosis”[tiab] OR “phobic reaction”[tiab] OR “Psychomotor Agitation”[Mesh] OR “psycho-motor agitation”[tiab] OR restlessness[tiab] OR “Burnout, Psychological”[Mesh] OR burnout[tiab] OR “alarm reaction”[tiab] OR “Stress, Psychological”[Mesh] OR “Stress Disorders, Traumatic”[Mesh] OR stress[tiab] OR distress[tiab] OR dystress[tiab] OR “Stress Disorders, Post-Traumatic”[Mesh] OR PTSD[tiab] OR (posttraumatic[tiab] AND stress[tiab]) OR (post-traumatic[tiab] AND stress[tiab]) OR “Combat Disorders”[Mesh] OR “combat disorders”[tiab] OR “combat fatigue”[tiab] OR “combat stress”[tiab] OR “posttraumatic neurosis”[tiab] OR (posttraumatic psychic syndrome[tiab]) OR (posttraumatic[tiab] AND psychosis[tiab]) OR “post-traumatic syndrome”[tiab] OR trauma[tiab] OR traumatic[tiab] OR psychotrauma[tiab] OR (psychol[tiab] trauma[tiab]) OR “war neurosis”[tiab] OR “Depression”[Mesh] OR depression[tiab] OR depressions[tiab] OR depressive[tiab] OR “Depressive Disorder”[Mesh] OR “Aggression”[Mesh] OR aggression[tiab] OR “aggressive attitude”[tiab] OR (aggressive[tiab] AND behavior[tiab]) OR (aggressive[tiab] AND behaviour[tiab]) OR “aggressive reaction”[tiab] OR “counter aggression”[tiab] OR counteraggression[tiab] OR aggressiveness[tiab] OR aggressivity[tiab] OR “Anger”[Mesh] OR anger[tiab] OR tantrum[tiab] OR “Hostility”[Mesh] OR hostility[tiab] OR hostilities[tiab] OR (hostile verb[tiab]) OR (psychological[tiab] AND antagonism[tiab]) OR irritability[tiab] OR “Irritable Mood”[Mesh] OR “irritable mood”[tiab] OR “Fear”[Mesh] OR fear[tiab]

OR fears[tiab] OR “Panic Disorder”[Mesh] OR “Panic”[Mesh] OR panic[tiab]  
OR panics[tiab]

#2 “Music”[Mesh] OR “Music Therapy”[Mesh] OR music[tiab] OR  
singing[tiab]

#3 “Meta-Analysis as Topic”[Mesh] OR (meta analy\*[tiab]) OR  
(metaanaly\*[tiab]) OR “Meta-Analysis”[Publication Type] OR  
(systematic[tiab] AND (review\*[tiab] OR overview\*[tiab])) OR “Review  
Literature as Topic”[Mesh] OR Cochrane[tiab] OR Embase[tiab] OR  
psychlit[tiab] OR psyclit[tiab] OR psychinfo[tiab] OR psycinfo[tiab] OR  
cinahl[tiab] OR cinhal[tiab] OR “science citation index”[tiab] OR bids[tiab]  
OR cancerlit[tiab] OR (reference list\*[tiab]) OR bibliograph\*[tiab] OR  
hand-search\*[tiab] OR “relevant journals” [tiab] OR (manual search\*[tiab])  
OR ((“selection criteria”[tiab] OR “data extraction”[tiab]) AND  
“Review”[Publication Type])

#4 “Comment” [Publication Type] OR “Letter” [Publication Type]  
OR “Editorial” [Publication Type]

#1 AND #2 AND #3 NOT #4

## Embase

#1 ‘anxiety’/exp OR anxiety:ab,ti OR ‘affective disorder’/exp OR  
‘affective disorder’:ab,ti OR ‘affective disorders’/exp OR ‘affective  
disorders’:ab,ti OR ‘affective disturbance’/exp OR ‘affective  
disturbance’:ab,ti OR ‘affective disturbances’:ab,ti OR ‘affective illness’/  
exp OR ‘affective illness’:ab,ti OR ‘agitation’/exp OR agitation:ab,ti OR  
‘mood disorder’/exp OR ‘mood disorder’:ab,ti OR ‘mood disorders’/exp  
OR ‘mood disorders’:ab,ti OR ‘mood disturbance’/exp OR ‘mood  
disturbance’:ab,ti OR ‘mood disturbances’/exp OR ‘mood disturbances’:ab,ti  
OR ‘nervousness’/exp OR nervousness:ab,ti OR ‘phobia’/exp OR  
phobia:ab,ti OR ‘phobias’/exp OR phobias:ab,ti OR ‘phobic anxiety’/exp  
OR ‘phobic anxiety’:ab,ti OR ‘phobic disorders’/exp OR ‘phobic  
disorders’:ab,ti OR ‘phobic fear’/exp OR ‘phobic fear’:ab,ti OR ‘phobic  
fears’/exp OR ‘phobic fears’:ab,ti OR ‘phobic neuroses’/exp OR ‘phobic  
neuroses’:ab,ti OR ‘phobic neurosis’/exp OR ‘phobic neurosis’:ab,ti OR  
‘phobic reaction’/exp OR ‘phobic reaction’:ab,ti OR ‘psychomotor agitation’/  
exp OR ‘psychomotor agitation’:ab,ti OR ‘restlessness’/exp OR  
restlessness:ab,ti OR ‘burnout’/exp OR burnout:ab,ti OR ‘alarm reaction’/  
exp OR ‘alarm reaction’:ab,ti OR ‘stress’/exp OR stress:ab,ti OR ‘distress’/  
exp OR distress:ab,ti OR dystress:ab,ti OR ‘ptsd’/exp OR ptsd:ab,ti OR  
(posttraumatic:ab,ti AND (‘stress’/exp OR stress:ab,ti)) OR (‘post  
traumatic’:ab,ti AND (‘stress’/exp OR stress:ab,ti)) OR (‘post-

traumatic':ab,ti AND ('stress'/exp OR stress:ab,ti)) OR 'combat disorders'/exp OR 'combat disorders':ab,ti OR 'combat fatigue'/exp OR 'combat fatigue':ab,ti OR 'combat stress'/exp OR 'combat stress':ab,ti OR 'posttraumatic neurosis'/exp OR 'posttraumatic neurosis':ab,ti OR 'posttraumatic psychic syndrome'/exp OR (posttraumatic:ab,ti AND psychic:ab,ti AND syndrome:ab,ti) OR (posttraumatic:ab,ti AND ('psychosis'/exp OR psychosis:ab,ti)) OR 'posttraumatic syndrome'/exp OR 'posttraumatic syndrome':ab,ti OR 'trauma'/exp OR trauma:ab,ti OR traumatic:ab,ti OR 'psychotrauma'/exp OR psychotrauma:ab,ti OR 'psychol trauma':ab,ti OR (psychol:ab,ti AND ('trauma'/exp OR trauma:ab,ti)) OR 'war neurosis'/exp OR 'war neurosis':ab,ti OR 'depression'/exp OR depression:ab,ti OR depressive:ab,ti OR 'aggression'/exp OR aggression:ab,ti OR 'aggressive attitude'/exp OR 'aggressive attitude':ab,ti OR (aggressive:ab,ti AND ('behavior'/exp OR behavior:ab,ti)) OR (aggressive:ab,ti AND ('behaviour'/exp OR behaviour:ab,ti)) OR 'aggressive reaction'/exp OR 'aggressive reaction':ab,ti OR 'counter aggression'/exp OR 'counter aggression':ab,ti OR 'counteraggression'/exp OR counteraggression:ab,ti OR 'aggressiveness'/exp OR aggressiveness:ab,ti OR 'aggressivity'/exp OR aggressivity:ab,ti OR 'anger'/exp OR anger:ab,ti OR 'tantrum'/exp OR tantrum:ab,ti OR 'hostility'/exp OR hostility:ab,ti OR 'hostile verb'/exp OR 'hostile verb':ab,ti OR (psychological:ab,ti AND ('antagonism'/exp OR antagonism:ab,ti)) OR 'irritability'/exp OR irritability:ab,ti OR 'irritable mood'/exp OR 'irritable mood':ab,ti OR 'fear'/exp OR fear:ab,ti OR 'panic'/exp OR panic:ab,ti OR panics:ab,ti

#2 'music'/exp OR music:ab,ti OR 'singing'/exp OR singing:ab,ti

#3 ('meta analysis'/exp OR (meta:ab AND adj:ab AND analy\*:ab) OR metaanalys\*:ab OR (systematic:ab AND (review\*:ab OR overview\*:ab)) OR cancerlit:ab OR cochrane:ab OR embase:ab OR psychlit:ab OR psyclit:ab OR psychinfo:ab OR psycinfo:ab OR cinahl:ab OR cinhal:ab OR 'science citation index':ab OR bids:ab OR 'reference lists':ab OR bibliograph\*:ab OR 'hand search\*':ab OR (manual:ab AND search\*:ab) OR (relevant:ab AND journals:ab) OR (('data extraction':ab OR 'selection criteria':ab) AND 'review'/it))

## Trip Database

#1 anxiety OR "affective disorder" OR "affective disorders" OR "affective disturbance" OR "affective disturbances" OR "affective illness" OR agitation OR "mood disorder" OR "mood disorders" OR "mood disturbance" OR "mood disturbances" OR nervousness OR phobia OR phobias OR "phobic anxiety" OR "phobic disorders" OR "phobic fear" OR "phobic fears" OR "phobic neuroses" OR "phobic neurosis" OR "phobic

reaction” OR “psychomotor agitation” OR restlessness OR burnout OR “alarm reaction” OR stress OR distress OR dystress OR PTSD OR (post-traumatic AND stress) OR (post-traumatic AND stress) OR “combat disorders” OR “combat fatigue” OR “combat stress” OR “posttraumatic neurosis” OR “posttraumatic psychic syndrome” OR (posttraumatic AND psychosis) OR “posttraumatic syndrome” OR trauma OR traumatic OR psychotrauma OR (psychol trauma) OR “war neurosis” OR depression OR depressive OR aggression OR “aggressive attitude” OR (aggressive AND behavior) OR (aggressive AND behaviour) OR “aggressive reaction” OR “counter aggression” OR counteraggression OR aggressiveness OR aggressivity OR anger OR tantrum OR hostility OR “hostile verb” OR (psychological AND antagonism) OR irritability OR “irritable mood” OR fear OR panic OR panics

#2 music OR singing

#1 AND #2

## The Cochrane Library

#1 (anxiety OR “affective disorder” OR “affective disorders” OR “affective disturbance” OR “affective disturbances” OR “affective illness” OR agitation OR “mood disorder” OR “mood disorders” OR “mood disturbance” OR “mood disturbances” OR nervousness OR phobia OR phobias OR “phobic anxiety” OR “phobic disorders” OR “phobic fear” OR “phobic fears” OR “phobic neuroses” OR “phobic neurosis” OR “phobic reaction” OR “psychomotor agitation” OR restlessness OR burnout OR “alarm reaction” OR stress OR distress OR dystress OR PTSD OR (post-traumatic AND stress) OR (post-traumatic AND stress) OR “combat disorders” OR “combat fatigue” OR “combat stress” OR “posttraumatic neurosis” OR “posttraumatic psychic syndrome” OR (posttraumatic AND psychosis) OR “posttraumatic syndrome” OR trauma OR traumatic OR psychotrauma OR (psychol trauma) OR “war neurosis” OR depression OR depressive OR aggression OR “aggressive attitude” OR (aggressive AND behavior) OR (aggressive AND behaviour) OR “aggressive reaction” OR “counter aggression” OR counteraggression OR aggressiveness OR aggressivity OR anger OR tantrum OR hostility OR “hostile verb” OR (psychological AND antagonism) OR irritability OR “irritable mood” OR fear OR panic OR panics):ti,ab,kw (Word variations have been searched)

#2 (music OR singing):ti,ab,kw (Word variations have been searched)

#3 (#1 AND #2) with Cochrane Library publication date from Jan 2009 to present, in Cochrane Reviews

## CINAHL

#1 SU ( anxiety OR “affective disorder” OR “affective disorders” OR “affective disturbance” OR “affective disturbances” OR “affective illness” OR agitation OR “mood disorder” OR “mood disorders” OR “mood disturbance” OR “mood disturbances” OR nervousness OR phobia OR phobias OR “phobic anxiety” OR “phobic disorders” OR “phobic fear” OR “phobic fears” OR “phobic neuroses” OR “phobic neurosis” OR “phobic reaction” OR “psychomotor agitation” OR restlessness OR burnout OR “alarm reaction” OR stress OR distress OR dystress OR PTSD OR (post-traumatic AND stress) OR (post-traumatic AND stress) OR “combat disorders” OR “combat fatigue” OR “combat stress” OR “posttraumatic neurosis” OR “posttraumatic psychic syndrome” OR (posttraumatic AND psychosis) OR “posttraumatic syndrome” OR trauma OR traumatic OR psychotrauma OR (psychol trauma) OR “war neurosis” OR depression OR depressive OR aggression OR “aggressive attitude” OR (aggressive AND behavior) OR (aggressive AND behaviour) OR “aggressive reaction” OR “counter aggression” OR counteraggression OR aggressiveness OR aggressivity OR anger OR tantrum OR hostility OR “hostile verb” OR (psychological AND antagonism) OR irritability OR “irritable mood” OR fear OR panic OR panics) AND SU ( music OR singing )

#2 (ZT “meta analysis”) or (ZT “systematic review”)

#1 AND #2

## PsycINFO

#1 SU ( anxiety OR “affective disorder” OR “affective disorders” OR “affective disturbance” OR “affective disturbances” OR “affective illness” OR agitation OR “mood disorder” OR “mood disorders” OR “mood disturbance” OR “mood disturbances” OR nervousness OR phobia OR phobias OR “phobic anxiety” OR “phobic disorders” OR “phobic fear” OR “phobic fears” OR “phobic neuroses” OR “phobic neurosis” OR “phobic reaction” OR “psychomotor agitation” OR restlessness OR burnout OR “alarm reaction” OR stress OR distress OR dystress OR PTSD OR (posttraumatic AND stress) OR (post-traumatic AND stress) OR “combat disorders” OR “combat fatigue” OR “combat stress” OR “posttraumatic neurosis” OR “posttraumatic psychic syndrome” OR (posttraumatic AND psychosis) OR “posttraumatic syndrome” OR trauma OR traumatic OR psychotrauma OR (psychol trauma) OR “war neurosis” OR depression OR depressive OR aggression OR “aggressive attitude” OR (aggressive AND behavior) OR (aggressive AND behaviour) OR “aggressive reaction” OR “counter aggression” OR counter-

gression OR aggressiveness OR aggressivity OR anger OR tantrum OR hostility OR “hostile verb” OR (psychological AND antagonism) OR irritability OR “irritable mood” OR fear OR panic OR panics) AND SU ( music OR singing )

#2 (ZC “meta analysis”) or (ZC “systematic review”)

## G-I-N International Guideline Library

Music OR singing

## HTA Database

(Music OR singing) AND (anxiety OR affective disorder OR affective disorders OR affective disturbance OR affective disturbances OR affective illness OR agitation OR mood disorder OR mood disorders OR mood disturbance OR mood disturbances OR nervousness OR phobia OR phobias OR phobic anxiety OR phobic disorders OR phobic fear OR phobic fears OR phobic neuroses OR phobic neurosis OR phobic reaction OR psychomotor agitation OR restlessness OR burnout OR alarm reaction OR stress OR distress OR dystress OR PTSD OR (posttraumatic AND stress) OR (post-traumatic AND stress) OR combat disorders OR combat fatigue OR combat stress OR posttraumatic neurosis OR posttraumatic psychic syndrome OR (posttraumatic AND psychosis) OR posttraumatic syndrome OR trauma OR traumatic OR psychotrauma OR (psychol trauma) OR war neurosis OR depression OR depressive OR aggression OR aggressive attitude OR (aggressive AND behavior) OR (aggressive AND behaviour) OR aggressive reaction OR counter aggression OR counteraggression OR aggressiveness OR aggressivity OR anger OR tantrum OR hostility OR hostile verb OR (psychological AND antagonism) OR irritability OR irritable mood OR fear OR panic OR panics) IN HTA FROM 2009 TO 2019

## Anexo 2. Calidad metodológica de RRSS con AMSTAR-2

Aalbers, S. et al. (2017)

1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?

Sí	Opcional		
<input checked="" type="checkbox"/>	Población	<input checked="" type="checkbox"/>	Ventana temporal de seguimiento
<input checked="" type="checkbox"/>	Intervención	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Comparación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Resultado (outcome)		

2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?

Sí parcial	Sí		
Los autores afirman que tuvieron un protocolo o guía escrita que incluía TODO lo siguiente:	Además de lo anterior, el protocolo debe estar registrado y también debería haber especificado:		
<input checked="" type="checkbox"/> Pregunta(s) de la revisión	<input checked="" type="checkbox"/> Un meta-análisis/plan de síntesis, si aplicara, y	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Una estrategia de búsqueda	<input checked="" type="checkbox"/> Un plan para investigar casusas de heterogeneidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Sí parcial</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Criterios de inclusión/exclusión	<input checked="" type="checkbox"/> Justificación para cualquier desviación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Evaluación del riesgo de sesgo			

3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?

Para sí, la revisión debe satisfacer una de las siguientes opciones			
<input checked="" type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), o		
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Estudios No Aleatorizados (EINA), o	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir ambos: ECA y EINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>

4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
X	Buscaron por lo menos en 2 bases de datos (relevantes a la pregunta de investigación)	X	Haber buscado en listas de referencias/bibliografía de los estudios incluidos		
X	Proporcionaron palabras clave y/o estrategia de búsqueda	X	Haber buscado en registros de ensayos/estudios	X	<b>Sí</b>
X	Explicitan si hubo restricciones de publicación y está justificada (por ejemplo, idioma)	X	Haber incluido o consultado expertos en el campo de estudio		<b>Sí parcial</b>
			Haber buscado literatura gris, si correspondiese		<b>No</b>
		X	Haber realizado una búsqueda dentro de los 24 meses de finalizada la revisión del protocolo		

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:			
X	Al menos dos revisores estuvieron de acuerdo de forma independiente en la selección de los estudios elegibles y consensuaron qué estudios incluir, o	X	<b>Sí</b>
	Dos revisores seleccionaron una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto seleccionado por un solo revisor		<b>No</b>

6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:			
X	Al menos dos revisores alcanzaron consenso sobre los datos a extraer, o	X	<b>Sí</b>
	Dos revisores extrajeron los datos de una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto extraído por un solo revisor		<b>No</b>

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
X	Se proporciona una lista de todos los estudios potencialmente relevantes, evaluados por texto completo, pero excluidos de la revisión	X	Fue justificada la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante	X	<b>Sí</b>
					<b>Sí parcial</b>
					<b>No</b>

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
	Poblaciones	X	Población en detalle		
X	Intervenciones	X	Ámbito del estudio	X	<b>Sí</b>
X	Comparadores	X	Marco temporal para el seguimiento		<b>Sí parcial</b>
X	Resultados	X	Intervención y comparador en detalle (incluidas dosis si fuese pertinente)		<b>No</b>
X	Diseños de investigación				

9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)					
Para sí parcial debe haber valorado:			Para sí, también debe haber valorado:		
X	Enmascaramiento		X	Generación de la secuencia aleatoria, y	X <b>Sí</b>
X	Cegamiento de pacientes y evaluadores de resultados (innecesario para los resultados objetivos como mortalidad por todas las causas)		X	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	<b>Sí parcial</b>
					<b>No</b>
					<b>Sólo incluye EINA</b>

<b>Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)</b>			
Para sí parcial debe haber valorado:	Para sí, también debe haber valorado:		
<input type="checkbox"/> Sesgo de confusión, y	<input type="checkbox"/> Métodos utilizados para determinar exposiciones y resultados, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/> Sesgo de selección	<input type="checkbox"/> Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>Sólo incluye ECA</b>

10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?

<b>Para sí:</b>			
<input checked="" type="checkbox"/>	Debe haber informado sobre las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?

<b>Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)</b>			
Para sí:			
<input checked="" type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, e	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Investigaron las causas de la heterogeneidad		
<b>Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)</b>			
Para sí:			
<input type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente y,	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Combinaron estadísticamente las estimaciones de efecto de EINA que fueron por confusión, en lugar de combinar datos crudos, o justificaron combinar datos crudos las estimaciones de efecto ajustado cuando no hubieran estado disponibles, y	<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>
<input type="checkbox"/>	Reportaron estimaciones de resumen separadas para los ECA y EINA por separado cuando ambos se incluyeron en la revisión		

12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?

Para sí:			
<input type="checkbox"/>	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Si la estimación combinada se basó en ECA y/o EINA con diferentes riesgos de sesgo, los autores realizaron análisis para investigar su posible impacto en las estimaciones sumarias del efecto	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>

13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?

Para sí:			
<input type="checkbox"/>	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Si se incluyeron ECA con moderado o alto riesgo de sesgo, o EINA, la revisión proporcionó una discusión sobre el probable impacto de los riesgos de sesgo en los resultados	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?

Para sí:			
<input type="checkbox"/>	No hubo heterogeneidad significativa en los resultados, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Si hubo heterogeneidad, los autores realizaron una investigación de sus fuentes y discutieron su impacto en los resultados de la revisión.	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

Para sí:			
<input checked="" type="checkbox"/>	Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la probabilidad y la magnitud del impacto del sesgo de publicación	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>

16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?

Para sí:			
	Los autores informaron carecer de conflicto de intereses o,	X	<b>Sí</b>
X	Los autores describen sus fuentes de financiación y cómo fueron gestionados los potenciales conflictos de intereses.		<b>No</b>

## Bieleninik, L. et al. (2016)

1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?

Sí		Opcional	
<input checked="" type="checkbox"/>	Población	<input checked="" type="checkbox"/>	Ventana temporal de seguimiento
<input checked="" type="checkbox"/>	Intervención	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Comparación	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Resultado (outcome)	<input type="checkbox"/>	

2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?

Sí parcial		Sí	
Los autores afirman que tuvieron un protocolo o guía escrita que incluía TODO lo siguiente:		Además de lo anterior, el protocolo debe estar registrado y también debería haber especificado:	
<input type="checkbox"/>	Pregunta(s) de la revisión	<input type="checkbox"/>	Un meta-análisis/plan de síntesis, si aplicara, y
<input type="checkbox"/>	Una estrategia de búsqueda	<input type="checkbox"/>	Un plan para investigar casusas de heterogeneidad
<input type="checkbox"/>	Criterios de inclusión/exclusión	<input type="checkbox"/>	Justificación para cualquier desviación
<input type="checkbox"/>	Evaluación del riesgo de sesgo	<input type="checkbox"/>	

3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?

Para sí, la revisión debe satisfacer una de las siguientes opciones			
<input checked="" type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), o		
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Estudios No Aleatorizados (EINA), o		<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir ambos: ECA y EINA		<input type="checkbox"/> <b>No</b>

4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)	
X	Buscaron por lo menos en 2 bases de datos (relevantes a la pregunta de investigación)	Haber buscado en listas de referencias/bibliografía de los estudios incluidos	
X	Proporcionaron palabras clave y/o estrategia de búsqueda	Haber buscado en registros de ensayos/estudios	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>
X	Explicitan si hubo restricciones de publicación y está justificada (por ejemplo, idioma)	Haber incluido o consultado expertos en el campo de estudio	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí parcial</b>
		Haber buscado literatura gris, si correspondiese	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
		Haber realizado una búsqueda dentro de los 24 meses de finalizada la revisión del protocolo	

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:			
X	Al menos dos revisores estuvieron de acuerdo de forma independiente en la selección de los estudios elegibles y consensuaron qué estudios incluir, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
	Dos revisores seleccionaron una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto seleccionado por un solo revisor	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:			
X	Al menos dos revisores alcanzaron consenso sobre los datos a extraer, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
	Dos revisores extrajeron los datos de una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto extraído por un solo revisor	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
<input type="checkbox"/>	Se proporciona una lista de todos los estudios potencialmente relevantes, evaluados por texto completo, pero excluidos de la revisión	<input type="checkbox"/>	Fue justificada la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
				<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
				<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
<input checked="" type="checkbox"/>	Poblaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	Población en detalle	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Intervenciones	<input checked="" type="checkbox"/>	Ámbito del estudio	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Comparadores	<input checked="" type="checkbox"/>	Marco temporal para el seguimiento	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Resultados	<input checked="" type="checkbox"/>	Intervención y comparador en detalle (incluidas dosis si fuese pertinente)	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Diseños de investigación				

9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)					
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:			
<input checked="" type="checkbox"/>	Enmascaramiento	<input checked="" type="checkbox"/>	Generación de la secuencia aleatoria, y	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Cegamiento de pacientes y evaluadores de resultados (innecesario para los resultados objetivos como mortalidad por todas las causas)	<input checked="" type="checkbox"/>	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
				<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
				<input type="checkbox"/>	<b>Sólo incluye EINA</b>

<b>Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)</b>			
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:	
<input type="checkbox"/>	Sesgo de confusión, y	<input type="checkbox"/>	Métodos utilizados para determinar exposiciones y resultados, y
<input type="checkbox"/>	Sesgo de selección	<input type="checkbox"/>	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos
		<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>Sólo incluye ECA</b>

10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?

<b>Para sí:</b>			
<input type="checkbox"/>	Debe haber informado sobre las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>

11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?

<b>Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)</b>			
Para sí:			
<input checked="" type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, e	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Investigaron las causas de la heterogeneidad	<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>

### Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente y,	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Combinaron estadísticamente las estimaciones de efecto de EINA que fueron por confusión, en lugar de combinar datos crudos, o justificaron combinar datos crudos las estimaciones de efecto ajustado cuando no hubieran estado disponibles, y	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Reportaron estimaciones de resumen separadas para los ECA y EINA por separado cuando ambos se incluyeron en la revisión	<input type="checkbox"/>	<b>Meta-Análisis</b>

12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Si la estimación combinada se basó en ECA y/o EINA con diferentes riesgos de sesgo, los autores realizaron análisis para investigar su posible impacto en las estimaciones sumarias del efecto	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
			<b>Meta-Análisis</b>

13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Si se incluyeron ECA con moderado o alto riesgo de sesgo, o EINA, la revisión proporcionó una discusión sobre el probable impacto de los riesgos de sesgo en los resultados	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?

Para sí:			
	No hubo heterogeneidad significativa en los resultados, o	X	Sí
X	Si hubo heterogeneidad, los autores realizaron una investigación de sus fuentes y discutieron su impacto en los resultados de la revisión.		No

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

Para sí:			
	Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la probabilidad y la magnitud del impacto del sesgo de publicación		Sí
		X	No
			No Meta-Análisis

16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?

Para sí:			
	Los autores informaron carecer de conflicto de intereses o,	X	Sí
X	Los autores describen sus fuentes de financiación y cómo fueron gestionados los potenciales conflictos de intereses.		No

## Bradt, J. et al. (2010)

1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?

Sí		Opcional			
<input checked="" type="checkbox"/>	Población	<input type="checkbox"/>	Ventana temporal de seguimiento		
<input checked="" type="checkbox"/>	Intervención			<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Comparación			<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Resultado (outcome)				

2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?

Sí parcial		Sí			
Los autores afirman que tuvieron un protocolo o guía escrita que incluía TODO lo siguiente:		Además de lo anterior, el protocolo debe estar registrado y también debería haber especificado:			
<input checked="" type="checkbox"/>	Pregunta(s) de la revisión	<input checked="" type="checkbox"/>	Un meta-análisis/plan de síntesis, si aplicara, y	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Una estrategia de búsqueda	<input type="checkbox"/>	Un plan para investigar casusas de heterogeneidad	<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Criterios de inclusión/exclusión	<input checked="" type="checkbox"/>	Justificación para cualquier desviación	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Evaluación del riesgo de sesgo				

3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?

Para sí, la revisión debe satisfacer una de las siguientes opciones					
<input checked="" type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), o				
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Estudios No Aleatorizados (EINA), o			<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir ambos: ECA y EINA			<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
X	Buscaron por lo menos en 2 bases de datos (relevantes a la pregunta de investigación)	X	Haber buscado en listas de referencias/bibliografía de los estudios incluidos		
X	Proporcionaron palabras clave y/o estrategia de búsqueda	X	Haber buscado en registros de ensayos/estudios		<b>Sí</b>
X	Explicitan si hubo restricciones de publicación y está justificada (por ejemplo, idioma)	X	Haber incluido o consultado expertos en el campo de estudio	X	<b>Sí parcial</b>
		X	Haber buscado literatura gris, si correspondiese		<b>No</b>
			Haber realizado una búsqueda dentro de los 24 meses de finalizada la revisión del protocolo		

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:					
X	Al menos dos revisores estuvieron de acuerdo de forma independiente en la selección de los estudios elegibles y consensuaron qué estudios incluir, o	X			<b>Sí</b>
	Dos revisores seleccionaron una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto seleccionado por un solo revisor				<b>No</b>

6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:					
X	Al menos dos revisores alcanzaron consenso sobre los datos a extraer, o	X			<b>Sí</b>
	Dos revisores extrajeron los datos de una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto extraído por un solo revisor				<b>No</b>

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
X	Se proporciona una lista de todos los estudios potencialmente relevantes, evaluados por texto completo, pero excluidos de la revisión	X	Fue justificada la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante	X	<b>Sí</b>
					<b>Sí parcial</b>
					<b>No</b>

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
X	Poblaciones	X	Población en detalle		<b>Sí</b>
X	Intervenciones	X	Ámbito del estudio		
X	Comparadores		Marco temporal para el seguimiento	X	<b>Sí parcial</b>
X	Resultados	X	Intervención y comparador en detalle (incluidas dosis si fuese pertinente)		<b>No</b>
X	Diseños de investigación				

9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)					
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:			
X	Enmascaramiento	X	Generación de la secuencia aleatoria, y	X	<b>Sí</b>
X	Cegamiento de pacientes y evaluadores de resultados (innecesario para los resultados objetivos como mortalidad por todas las causas)	X	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos		<b>Sí parcial</b>
					<b>No</b>
					<b>Sólo incluye EINA</b>

<b>Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)</b>			
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:	
<input type="checkbox"/>	Sesgo de confusión, y	<input type="checkbox"/>	Métodos utilizados para determinar exposiciones y resultados, y
<input type="checkbox"/>	Sesgo de selección	<input type="checkbox"/>	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos
		<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>Sólo incluye ECA</b>

10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?

<b>Para sí:</b>	
<input type="checkbox"/>	Debe haber informado sobre las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión
<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>

11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?

<b>Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)</b>	
Para sí:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y
<input checked="" type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, e
<input type="checkbox"/>	Investigaron las causas de la heterogeneidad
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>

### Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente y,	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Combinaron estadísticamente las estimaciones de efecto de EINA que fueron por confusión, en lugar de combinar datos crudos, o justificaron combinar datos crudos las estimaciones de efecto ajustado cuando no hubieran estado disponibles, y	<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>
<input type="checkbox"/>	Reportaron estimaciones de resumen separadas para los ECA y EINA por separado cuando ambos se incluyeron en la revisión	<input type="checkbox"/>	

12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Si la estimación combinada se basó en ECA y/o EINA con diferentes riesgos de sesgo, los autores realizaron análisis para investigar su posible impacto en las estimaciones sumarias del efecto	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>

13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Si se incluyeron ECA con moderado o alto riesgo de sesgo, o EINA, la revisión proporcionó una discusión sobre el probable impacto de los riesgos de sesgo en los resultados	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?

Para sí:			
X	No hubo heterogeneidad significativa en los resultados, o	X	Sí
	Si hubo heterogeneidad, los autores realizaron una investigación de sus fuentes y discutieron su impacto en los resultados de la revisión.		No

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

Para sí:			
	Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la probabilidad y la magnitud del impacto del sesgo de publicación		Sí
		X	No
			No Meta-Análisis

16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?

Para sí:			
	Los autores informaron carecer de conflicto de intereses o,	X	Sí
X	Los autores describen sus fuentes de financiación y cómo fueron gestionados los potenciales conflictos de intereses.		No

## Bradt, J. et al. (2016)

1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?

Sí		Opcional			
<input checked="" type="checkbox"/>	Población	<input type="checkbox"/>	Ventana temporal de seguimiento		
<input checked="" type="checkbox"/>	Intervención			<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Comparación			<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Resultado (outcome)				

2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?

Sí parcial		Sí			
Los autores afirman que tuvieron un protocolo o guía escrita que incluía TODO lo siguiente:		Además de lo anterior, el protocolo debe estar registrado y también debería haber especificado:			
<input checked="" type="checkbox"/>	Pregunta(s) de la revisión	<input checked="" type="checkbox"/>	Un meta-análisis/plan de síntesis, si aplicara, y	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Una estrategia de búsqueda	<input checked="" type="checkbox"/>	Un plan para investigar casusas de heterogeneidad	<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Criterios de inclusión/exclusión	<input checked="" type="checkbox"/>	Justificación para cualquier desviación	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Evaluación del riesgo de sesgo				

3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?

Para sí, la revisión debe satisfacer una de las siguientes opciones					
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), o				
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Estudios No Aleatorizados (EINA), o			<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir ambos: ECA y EINA			<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>

4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
X	Buscaron por lo menos en 2 bases de datos (relevantes a la pregunta de investigación)	X	Haber buscado en listas de referencias/bibliografía de los estudios incluidos		
X	Proporcionaron palabras clave y/o estrategia de búsqueda	X	Haber buscado en registros de ensayos/estudios	X	<b>Sí</b>
X	Explicitan si hubo restricciones de publicación y está justificada (por ejemplo, idioma)	X	Haber incluido o consultado expertos en el campo de estudio		<b>Sí parcial</b>
		X	Haber buscado literatura gris, si correspondiese		<b>No</b>
		X	Haber realizado una búsqueda dentro de los 24 meses de finalizada la revisión del protocolo		

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:				
X	Al menos dos revisores estuvieron de acuerdo de forma independiente en la selección de los estudios elegibles y consensuaron qué estudios incluir, o	X		<b>Sí</b>
	Dos revisores seleccionaron una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto seleccionado por un solo revisor			<b>No</b>

6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:				
X	Al menos dos revisores alcanzaron consenso sobre los datos a extraer, o	X		<b>Sí</b>
	Dos revisores extrajeron los datos de una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto extraído por un solo revisor			<b>No</b>

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
X	Se proporciona una lista de todos los estudios potencialmente relevantes, evaluados por texto completo, pero excluidos de la revisión	X	Fue justificada la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante	X	<b>Sí</b>
					<b>Sí parcial</b>
					<b>No</b>

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
X	Poblaciones	X	Población en detalle		
X	Intervenciones	X	Ámbito del estudio	X	<b>Sí</b>
X	Comparadores		Marco temporal para el seguimiento		<b>Sí parcial</b>
X	Resultados	X	Intervención y comparador en detalle (incluidas dosis si fuese pertinente)		<b>No</b>
X	Diseños de investigación				

9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)					
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:			
X	Enmascaramiento	X	Generación de la secuencia aleatoria, y	X	<b>Sí</b>
X	Cegamiento de pacientes y evaluadores de resultados (innecesario para los resultados objetivos como mortalidad por todas las causas)	X	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos		<b>Sí parcial</b>
					<b>No</b>
					<b>Sólo incluye EINA</b>

**Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)**

Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:		
<input type="checkbox"/>	Sesgo de confusión, y	<input type="checkbox"/>	Métodos utilizados para determinar exposiciones y resultados, y	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Sesgo de selección	<input type="checkbox"/>	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	<input type="checkbox"/> <b>Sí parcial</b>
				<input type="checkbox"/> <b>No</b>
				<input type="checkbox"/> <b>Sólo incluye ECA</b>

10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?

<b>Para sí:</b>				
<input checked="" type="checkbox"/>	Debe haber informado sobre las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?

<b>Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)</b>				
Para sí:				
<input checked="" type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Investigaron las causas de la heterogeneidad			

### Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente y,	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Combinaron estadísticamente las estimaciones de efecto de EINA que fueron por confusión, en lugar de combinar datos crudos, o justificaron combinar datos crudos las estimaciones de efecto ajustado cuando no hubieran estado disponibles, y	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Reportaron estimaciones de resumen separadas para los ECA y EINA por separado cuando ambos se incluyeron en la revisión	<input type="checkbox"/>	<b>Meta-Análisis</b>

12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Si la estimación combinada se basó en ECA y/o EINA con diferentes riesgos de sesgo, los autores realizaron análisis para investigar su posible impacto en las estimaciones sumarias del efecto	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>Meta-Análisis</b>

13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Si se incluyeron ECA con moderado o alto riesgo de sesgo, o EINA, la revisión proporcionó una discusión sobre el probable impacto de los riesgos de sesgo en los resultados	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?

Para sí:			
	No hubo heterogeneidad significativa en los resultados, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
X	Si hubo heterogeneidad, los autores realizaron una investigación de sus fuentes y discutieron su impacto en los resultados de la revisión.	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

Para sí:			
X	Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la probabilidad y la magnitud del impacto del sesgo de publicación	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>

16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?

Para sí:			
	Los autores informaron carecer de conflicto de intereses o,	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
X	Los autores describen sus fuentes de financiación y cómo fueron gestionados los potenciales conflictos de intereses.	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

## Chen, X. J. et al. (2016)

1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?

Sí		Opcional			
X	Población	<input type="checkbox"/>	Ventana temporal de seguimiento		
X	Intervención			X	Sí
X	Comparación			<input type="checkbox"/>	No
X	Resultado (outcome)				

2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?

Sí parcial		Sí			
Los autores afirman que tuvieron un protocolo o guía escrita que incluía TODO lo siguiente:		Además de lo anterior, el protocolo debe estar registrado y también debería haber especificado:			
X	Pregunta(s) de la revisión	X	Un meta-análisis/plan de síntesis, si aplicara, y	X	Sí
X	Una estrategia de búsqueda	X	Un plan para investigar casusas de heterogeneidad	<input type="checkbox"/>	Sí parcial
X	Criterios de inclusión/exclusión	<input type="checkbox"/>	Justificación para cualquier desviación	<input type="checkbox"/>	No
X	Evaluación del riesgo de sesgo				

3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?

Para sí, la revisión debe satisfacer una de las siguientes opciones					
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), o				
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Estudios No Aleatorizados (EINA), o			<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir ambos: ECA y EINA			X	No

4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
X	Buscaron por lo menos en 2 bases de datos (relevantes a la pregunta de investigación)	X	Haber buscado en listas de referencias/bibliografía de los estudios incluidos		
X	Proporcionaron palabras clave y/o estrategia de búsqueda	X	Haber buscado en registros de ensayos/estudios	X	<b>Sí</b>
X	Explicitan si hubo restricciones de publicación y está justificada (por ejemplo, idioma)	X	Haber incluido o consultado expertos en el campo de estudio		<b>Sí parcial</b>
		X	Haber buscado literatura gris, si correspondiese		<b>No</b>
		X	Haber realizado una búsqueda dentro de los 24 meses de finalizada la revisión del protocolo		

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:			
X	Al menos dos revisores estuvieron de acuerdo de forma independiente en la selección de los estudios elegibles y consensuaron qué estudios incluir, o	X	<b>Sí</b>
	Dos revisores seleccionaron una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto seleccionado por un solo revisor		<b>No</b>

6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:			
X	Al menos dos revisores alcanzaron consenso sobre los datos a extraer, o	X	<b>Sí</b>
	Dos revisores extrajeron los datos de una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto extraído por un solo revisor		<b>No</b>

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
	Se proporciona una lista de todos los estudios potencialmente relevantes, evaluados por texto completo, pero excluidos de la revisión		Fue justificada la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante		<b>Sí</b>
					<b>Sí parcial</b>
				X	<b>No</b>

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
X	Poblaciones	X	Población en detalle		<b>Sí</b>
X	Intervenciones	X	Ámbito del estudio		<b>Sí parcial</b>
X	Comparadores		Marco temporal para el seguimiento	X	<b>No</b>
X	Resultados	X	Intervención y comparador en detalle (incluidas dosis si fuese pertinente)		
X	Diseños de investigación				

9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)					
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:			
X	Enmascaramiento	X	Generación de la secuencia aleatoria, y	X	<b>Sí</b>
X	Cegamiento de pacientes y evaluadores de resultados (innecesario para los resultados objetivos como mortalidad por todas las causas)	X	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos		<b>Sí parcial</b>
					<b>No</b>
					<b>Sólo incluye EINA</b>

Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)			
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:	
<input type="checkbox"/>	Sesgo de confusión, y	<input type="checkbox"/>	Métodos utilizados para determinar exposiciones y resultados, y
<input type="checkbox"/>	Sesgo de selección	<input type="checkbox"/>	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos
		<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>Sólo incluye ECA</b>

10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?

Para sí:	
<input type="checkbox"/>	Debe haber informado sobre las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión
<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>

11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)	
Para sí:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y
<input checked="" type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, e
<input checked="" type="checkbox"/>	Investigaron las causas de la heterogeneidad
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>

### Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente y,	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Combinaron estadísticamente las estimaciones de efecto de EINA que fueron por confusión, en lugar de combinar datos crudos, o justificaron combinar datos crudos las estimaciones de efecto ajustado cuando no hubieran estado disponibles, y	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Reportaron estimaciones de resumen separadas para los ECA y EINA por separado cuando ambos se incluyeron en la revisión	<input type="checkbox"/>	<b>Meta-Análisis</b>

12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Si la estimación combinada se basó en ECA y/o EINA con diferentes riesgos de sesgo, los autores realizaron análisis para investigar su posible impacto en las estimaciones sumarias del efecto	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<b>Meta-Análisis</b>

13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Si se incluyeron ECA con moderado o alto riesgo de sesgo, o EINA, la revisión proporcionó una discusión sobre el probable impacto de los riesgos de sesgo en los resultados	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?

Para sí:

<input checked="" type="checkbox"/>	No hubo heterogeneidad significativa en los resultados, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Si hubo heterogeneidad, los autores realizaron una investigación de sus fuentes y discutieron su impacto en los resultados de la revisión.	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

Para sí:			
	Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la probabilidad y la magnitud del impacto del sesgo de publicación	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>

16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?

Para sí:			
X	Los autores informaron carecer de conflicto de intereses o, Los autores describen sus fuentes de financiación y cómo fueron gestionados los potenciales conflictos de intereses.	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

## Chang, Y. S. et al (2015)

1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?

Sí		Opcional		
<input checked="" type="checkbox"/>	Población	<input type="checkbox"/>	Ventana temporal de seguimiento	
<input checked="" type="checkbox"/>	Intervención		<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Comparación		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Resultado (outcome)			

2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?

Sí parcial		Sí		
Los autores afirman que tuvieron un protocolo o guía escrita que incluía TODO lo siguiente:		Además de lo anterior, el protocolo debe estar registrado y también debería haber especificado:		
<input type="checkbox"/>	Pregunta(s) de la revisión	<input type="checkbox"/>	Un meta-análisis/plan de síntesis, si aplicara, y	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Una estrategia de búsqueda	<input type="checkbox"/>	Un plan para investigar casusas de heterogeneidad	<input type="checkbox"/> <b>Sí parcial</b>
<input type="checkbox"/>	Criterios de inclusión/exclusión	<input type="checkbox"/>	Justificación para cualquier desviación	<input checked="" type="checkbox"/> <b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Evaluación del riesgo de sesgo			

3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?

Para sí, la revisión debe satisfacer una de las siguientes opciones				
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), o			
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Estudios No Aleatorizados (EINA), o			<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir ambos: ECA y EINA			<input checked="" type="checkbox"/> <b>No</b>

4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)	
X	Buscaron por lo menos en 2 bases de datos (relevantes a la pregunta de investigación)	X	Haber buscado en listas de referencias/bibliografía de los estudios incluidos
X	Proporcionaron palabras clave y/o estrategia de búsqueda		Haber buscado en registros de ensayos/estudios
X	Explicitan si hubo restricciones de publicación y está justificada (por ejemplo, idioma)		Haber incluido o consultado expertos en el campo de estudio
		X	Haber buscado literatura gris, si correspondiese
			Haber realizado una búsqueda dentro de los 24 meses de finalizada la revisión del protocolo

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:			
	Al menos dos revisores estuvieron de acuerdo de forma independiente en la selección de los estudios elegibles y consensuaron qué estudios incluir, o		<b>Sí</b>
	Dos revisores seleccionaron una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto seleccionado por un solo revisor	X	<b>No</b>

6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:			
X	Al menos dos revisores alcanzaron consenso sobre los datos a extraer, o	X	<b>Sí</b>
	Dos revisores extrajeron los datos de una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto extraído por un solo revisor		<b>No</b>

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
	Se proporciona una lista de todos los estudios potencialmente relevantes, evaluados por texto completo, pero excluidos de la revisión		Fue justificada la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante		<b>Sí</b>
					<b>Sí parcial</b>
				X	<b>No</b>

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
X	Poblaciones		Población en detalle		
X	Intervenciones		Ámbito del estudio		<b>Sí</b>
X	Comparadores		Marco temporal para el seguimiento	X	<b>Sí parcial</b>
X	Resultados		Intervención y comparador en detalle (incluidas dosis si fuese pertinente)		<b>No</b>
X	Diseños de investigación	X			

9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)					
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:			
X	Enmascaramiento	X	Generación de la secuencia aleatoria, y	X	<b>Sí</b>
X	Cegamiento de pacientes y evaluadores de resultados (innecesario para los resultados objetivos como mortalidad por todas las causas)	X	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos		<b>Sí parcial</b>
					<b>No</b>
					<b>Sólo incluye EINA</b>

<b>Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)</b>			
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:	
<input type="checkbox"/>	Sesgo de confusión, y	<input type="checkbox"/>	Métodos utilizados para determinar exposiciones y resultados, y
<input type="checkbox"/>	Sesgo de selección	<input type="checkbox"/>	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos
		<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>Sólo incluye ECA</b>

10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?

<b>Para sí:</b>			
<input type="checkbox"/>	Debe haber informado sobre las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>

11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?

<b>Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)</b>			
Para sí:			
<input checked="" type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, e	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Investigaron las causas de la heterogeneidad	<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>

**Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)**

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente y,	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Combinaron estadísticamente las estimaciones de efecto de EINA que fueron por confusión, en lugar de combinar datos crudos, o justificaron combinar datos crudos las estimaciones de efecto ajustado cuando no hubieran estado disponibles, y	<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>
<input type="checkbox"/>	Reportaron estimaciones de resumen separadas para los ECA y EINA por separado cuando ambos se incluyeron en la revisión	<input type="checkbox"/>	

12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Si la estimación combinada se basó en ECA y/o EINA con diferentes riesgos de sesgo, los autores realizaron análisis para investigar su posible impacto en las estimaciones sumarias del efecto	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>

13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?

Para sí:

<input type="checkbox"/>	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Si se incluyeron ECA con moderado o alto riesgo de sesgo, o EINA, la revisión proporcionó una discusión sobre el probable impacto de los riesgos de sesgo en los resultados	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?

Para sí:

<input checked="" type="checkbox"/>	No hubo heterogeneidad significativa en los resultados, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Si hubo heterogeneidad, los autores realizaron una investigación de sus fuentes y discutieron su impacto en los resultados de la revisión.	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

Para sí:			
		<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
X	Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la probabilidad y la magnitud del impacto del sesgo de publicación	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
			<b>No Meta-Análisis</b>

16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?

Para sí:			
		<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
X	Los autores informaron carecer de conflicto de intereses o, Los autores describen sus fuentes de financiación y cómo fueron gestionados los potenciales conflictos de intereses.	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

Li, H. C, et al. (2019)

1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?

Sí		Opcional		
<input checked="" type="checkbox"/>	Población	<input type="checkbox"/>	Ventana temporal de seguimiento	
<input checked="" type="checkbox"/>	Intervención			<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Comparación			<input checked="" type="checkbox"/> <b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Resultado (outcome)			

2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?

Sí parcial	Sí		
Los autores afirman que tuvieron un protocolo o guía escrita que incluía TODO lo siguiente:	Además de lo anterior, el protocolo debe estar registrado y también debería haber especificado:		
<input type="checkbox"/> Pregunta(s) de la revisión	<input type="checkbox"/> Un meta-análisis/plan de síntesis, si aplicara, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/> Una estrategia de búsqueda	<input type="checkbox"/> Un plan para investigar casusas de heterogeneidad	<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
<input type="checkbox"/> Criterios de inclusión/exclusión	<input type="checkbox"/> Justificación para cualquier desviación	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/> Evaluación del riesgo de sesgo			

3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?

Para sí, la revisión debe satisfacer una de las siguientes opciones			
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), o		
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Estudios No Aleatorizados (EINA), o	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir ambos: ECA y EINA	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>

4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)	
X	Buscaron por lo menos en 2 bases de datos (relevantes a la pregunta de investigación)	X	Haber buscado en listas de referencias/bibliografía de los estudios incluidos
X	Proporcionaron palabras clave y/o estrategia de búsqueda		Haber buscado en registros de ensayos/estudios
X	Explicitan si hubo restricciones de publicación y está justificada (por ejemplo, idioma)		Haber incluido o consultado expertos en el campo de estudio
			Haber buscado literatura gris, si correspondiese
			Haber realizado una búsqueda dentro de los 24 meses de finalizada la revisión del protocolo

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:			
X	Al menos dos revisores estuvieron de acuerdo de forma independiente en la selección de los estudios elegibles y consensuaron qué estudios incluir, o	X	Sí
	Dos revisores seleccionaron una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto seleccionado por un solo revisor		No

6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:			
X	Al menos dos revisores alcanzaron consenso sobre los datos a extraer, o	X	Sí
	Dos revisores extrajeron los datos de una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto extraído por un solo revisor		No

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
<input type="checkbox"/>	Se proporciona una lista de todos los estudios potencialmente relevantes, evaluados por texto completo, pero excluidos de la revisión	<input type="checkbox"/>	Fue justificada la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
				<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
				<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
<input checked="" type="checkbox"/>	Poblaciones	<input type="checkbox"/>	Población en detalle	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Intervenciones	<input checked="" type="checkbox"/>	Ámbito del estudio		
<input checked="" type="checkbox"/>	Comparadores	<input type="checkbox"/>	Marco temporal para el seguimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Resultados	<input type="checkbox"/>	Intervención y comparador en detalle (incluidas dosis si fuese pertinente)	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Diseños de investigación				

9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)					
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:			
<input checked="" type="checkbox"/>	Enmascaramiento	<input checked="" type="checkbox"/>	Generación de la secuencia aleatoria, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Cegamiento de pacientes y evaluadores de resultados (innecesario para los resultados objetivos como mortalidad por todas las causas)	<input type="checkbox"/>	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
				<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
				<input type="checkbox"/>	<b>Sólo incluye EINA</b>

Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)		
Para sí parcial debe haber valorado:	Para sí, también debe haber valorado:	
<input type="checkbox"/> Sesgo de confusión, y	<input type="checkbox"/> Métodos utilizados para determinar exposiciones y resultados, y	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input type="checkbox"/> Sesgo de selección	<input type="checkbox"/> Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	<input type="checkbox"/> <b>Sí parcial</b>
		<input type="checkbox"/> <b>No</b>
		<input type="checkbox"/> <b>Sólo incluye ECA</b>

10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?

Para sí:		
<input type="checkbox"/> Debe haber informado sobre las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>

11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)		
Para sí:		
<input checked="" type="checkbox"/> Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, e	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<b>No Meta-Análisis</b>
<input type="checkbox"/> Investigaron las causas de la heterogeneidad		
Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)		
Para sí:		
<input type="checkbox"/> Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/> Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente y,	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/> Combinaron estadísticamente las estimaciones de efecto de EINA que fueron por confusión, en lugar de combinar datos crudos, o justificaron combinar datos crudos las estimaciones de efecto ajustado cuando no hubieran estado disponibles, y	<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>
<input type="checkbox"/> Reportaron estimaciones de resumen separadas para los ECA y EINA por separado cuando ambos se incluyeron en la revisión		

12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?

Para sí:			
	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o		<b>Sí</b>
	Si la estimación combinada se basó en ECA y/o EINA con diferentes riesgos de sesgo, los autores realizaron análisis para investigar su posible impacto en las estimaciones sumarias del efecto	X	<b>No</b>
			<b>No</b>
			<b>Meta-Análisis</b>

13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?

Para sí:			
X	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	X	<b>Sí</b>
	Si se incluyeron ECA con moderado o alto riesgo de sesgo, o EINA, la revisión proporcionó una discusión sobre el probable impacto de los riesgos de sesgo en los resultados		<b>No</b>

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?

Para sí:			
X	No hubo heterogeneidad significativa en los resultados, o	X	<b>Sí</b>
	Si hubo heterogeneidad, los autores realizaron una investigación de sus fuentes y discutieron su impacto en los resultados de la revisión.		<b>No</b>

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

Para sí:			
	Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la probabilidad y la magnitud del impacto del sesgo de publicación		<b>Sí</b>
		X	<b>No</b>
			<b>No</b>
			<b>Meta-Análisis</b>

16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?

Para sí:			
X	Los autores informaron carecer de conflicto de intereses o,	X	<b>Sí</b>
	Los autores describen sus fuentes de financiación y cómo fueron gestionados los potenciales conflictos de intereses.		<b>No</b>

## Na, R. et al. (2019)

1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?

Sí		Opcional			
<input checked="" type="checkbox"/>	Población	<input type="checkbox"/>	Ventana temporal de seguimiento	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Intervención	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Comparación	<input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/>	Resultado (outcome)	<input type="checkbox"/>			

2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?

Sí parcial		Sí			
Los autores afirman que tuvieron un protocolo o guía escrita que incluía TODO lo siguiente:		Además de lo anterior, el protocolo debe estar registrado y también debería haber especificado:		<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Pregunta(s) de la revisión	<input checked="" type="checkbox"/>	Un meta-análisis/plan de síntesis, si aplicara, y	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Una estrategia de búsqueda	<input checked="" type="checkbox"/>	Un plan para investigar casusas de heterogeneidad	<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Criterios de inclusión/exclusión	<input type="checkbox"/>	Justificación para cualquier desviación	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Evaluación del riesgo de sesgo	<input type="checkbox"/>			

3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?

Para sí, la revisión debe satisfacer una de las siguientes opciones						
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), o				<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Estudios No Aleatorizados (EINA), o				<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir ambos: ECA y EINA				<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>

4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)	
X	Buscaron por lo menos en 2 bases de datos (relevantes a la pregunta de investigación)	X	Haber buscado en listas de referencias/bibliografía de los estudios incluidos
X	Proporcionaron palabras clave y/o estrategia de búsqueda	X	Haber buscado en registros de ensayos/estudios
X	Explicitan si hubo restricciones de publicación y está justificada (por ejemplo, idioma)		Haber incluido o consultado expertos en el campo de estudio
			Haber buscado literatura gris, si correspondiese
		X	Haber realizado una búsqueda dentro de los 24 meses de finalizada la revisión del protocolo

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:			
X	Al menos dos revisores estuvieron de acuerdo de forma independiente en la selección de los estudios elegibles y consensuaron qué estudios incluir, o	X	Sí
	Dos revisores seleccionaron una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto seleccionado por un solo revisor		No

6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:			
X	Al menos dos revisores alcanzaron consenso sobre los datos a extraer, o	X	Sí
	Dos revisores extrajeron los datos de una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto extraído por un solo revisor		No

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
	Se proporciona una lista de todos los estudios potencialmente relevantes, evaluados por texto completo, pero excluidos de la revisión		Fue justificada la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
				<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
				<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
<input checked="" type="checkbox"/>	Poblaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	Población en detalle		
<input checked="" type="checkbox"/>	Intervenciones	<input type="checkbox"/>	Ámbito del estudio	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Comparadores	<input type="checkbox"/>	Marco temporal para el seguimiento	<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Resultados	<input checked="" type="checkbox"/>	Intervención y comparador en detalle (incluidas dosis si fuese pertinente)	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Diseños de investigación				

9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)					
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:			
<input type="checkbox"/>	Enmascaramiento	<input type="checkbox"/>	Generación de la secuencia aleatoria, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Cegamiento de pacientes y evaluadores de resultados (innecesario para los resultados objetivos como mortalidad por todas las causas)	<input type="checkbox"/>	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
				<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
					<b>Sólo incluye EINA</b>

<b>Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)</b>			
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:	
<input type="checkbox"/>	Sesgo de confusión, y	<input type="checkbox"/>	Métodos utilizados para determinar exposiciones y resultados, y
<input type="checkbox"/>	Sesgo de selección	<input type="checkbox"/>	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos
			<b>Sí</b>
			<b>Sí parcial</b>
			<b>No</b>
			<b>Sólo incluye ECA</b>

10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?

<b>Para sí:</b>		
<input type="checkbox"/>	Debe haber informado sobre las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>		<b>No</b>

11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?

<b>Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)</b>			
Para sí:			
<input checked="" type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, e	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Investigaron las causas de la heterogeneidad	<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>
<b>Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)</b>			
Para sí:			
<input type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente y,	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Combinaron estadísticamente las estimaciones de efecto de EINA que fueron por confusión, en lugar de combinar datos crudos, o justificaron combinar datos crudos las estimaciones de efecto ajustado cuando no hubieran estado disponibles, y	<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>
<input type="checkbox"/>	Reportaron estimaciones de resumen separadas para los ECA y EINA por separado cuando ambos se incluyeron en la revisión	<input type="checkbox"/>	

12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?

Para sí:		
	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<b>Sí</b>
	Si la estimación combinada se basó en ECA y/o EINA con diferentes riesgos de sesgo, los autores realizaron análisis para investigar su posible impacto en las estimaciones sumarias del efecto	<b>No</b>
		<b>No Meta-Análisis</b>

13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?

Para sí:		
	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<b>Sí</b>
	Si se incluyeron ECA con moderado o alto riesgo de sesgo, o EINA, la revisión proporcionó una discusión sobre el probable impacto de los riesgos de sesgo en los resultados	<b>No</b>

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?

Para sí:		
	No hubo heterogeneidad significativa en los resultados, o	<b>Sí</b>
X	Si hubo heterogeneidad, los autores realizaron una investigación de sus fuentes y discutieron su impacto en los resultados de la revisión.	<b>No</b>

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

Para sí:		
	Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la probabilidad y la magnitud del impacto del sesgo de publicación	<b>Sí</b>
		<b>No</b>
		<b>No Meta-Análisis</b>

16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?

Para sí:			
X	Los autores informaron carecer de conflicto de intereses o,	X	<b>Sí</b>
	Los autores describen sus fuentes de financiación y cómo fueron gestionados los potenciales conflictos de intereses.		<b>No</b>

## van der Steen, J. T. et al. (2017)

1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?

Sí		Opcional	
<input checked="" type="checkbox"/>	Población	<input type="checkbox"/>	Ventana temporal de seguimiento
<input checked="" type="checkbox"/>	Intervención	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Comparación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Resultado (outcome)	<input type="checkbox"/>	

2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?

Sí parcial		Sí	
Los autores afirman que tuvieron un protocolo o guía escrita que incluía TODO lo siguiente:		Además de lo anterior, el protocolo debe estar registrado y también debería haber especificado:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Pregunta(s) de la revisión	<input checked="" type="checkbox"/>	Un meta-análisis/plan de síntesis, si aplicara, y <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Una estrategia de búsqueda	<input type="checkbox"/>	Un plan para investigar casusas de heterogeneidad <input type="checkbox"/> <b>Sí parcial</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Criterios de inclusión/exclusión	<input checked="" type="checkbox"/>	Justificación para cualquier desviación <input type="checkbox"/> <b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Evaluación del riesgo de sesgo	<input type="checkbox"/>	

3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?

Para sí, la revisión debe satisfacer una de las siguientes opciones			
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), o	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Estudios No Aleatorizados (EINA), o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir ambos: ECA y EINA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>No</b>

4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
X	Buscaron por lo menos en 2 bases de datos (relevantes a la pregunta de investigación)	X	Haber buscado en listas de referencias/bibliografía de los estudios incluidos		
X	Proporcionaron palabras clave y/o estrategia de búsqueda	X	Haber buscado en registros de ensayos/estudios	X	<b>Sí</b>
X	Explicitan si hubo restricciones de publicación y está justificada (por ejemplo, idioma)	X	Haber incluido o consultado expertos en el campo de estudio		<b>Sí parcial</b>
		X	Haber buscado literatura gris, si correspondiese		<b>No</b>
		X	Haber realizado una búsqueda dentro de los 24 meses de finalizada la revisión del protocolo		

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:				
X	Al menos dos revisores estuvieron de acuerdo de forma independiente en la selección de los estudios elegibles y consensuaron qué estudios incluir, o	X		<b>Sí</b>
	Dos revisores seleccionaron una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto seleccionado por un solo revisor			<b>No</b>

6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:				
X	Al menos dos revisores alcanzaron consenso sobre los datos a extraer, o	X		<b>Sí</b>
	Dos revisores extrajeron los datos de una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto extraído por un solo revisor			<b>No</b>

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
X	Se proporciona una lista de todos los estudios potencialmente relevantes, evaluados por texto completo, pero excluidos de la revisión	X	Fue justificada la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante	X	<b>Sí</b> <b>Sí parcial</b> <b>No</b>

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)			
X	Poblaciones	X	Población en detalle		
X	Intervenciones	X	Ámbito del estudio	X	<b>Sí</b>
X	Comparadores	X	Marco temporal para el seguimiento		<b>Sí parcial</b>
X	Resultados	X	Intervención y comparador en detalle (incluidas dosis si fuese pertinente)		<b>No</b>
X	Diseños de investigación				

9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)					
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:			
X	Enmascaramiento	X	Generación de la secuencia aleatoria, y	X	<b>Sí</b>
X	Cegamiento de pacientes y evaluadores de resultados (innecesario para los resultados objetivos como mortalidad por todas las causas)	X	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos		<b>Sí parcial</b> <b>No</b> <b>Sólo incluye EINA</b>

<b>Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)</b>			
Para sí parcial debe haber valorado:	Para sí, también debe haber valorado:		
<input type="checkbox"/> Sesgo de confusión, y	<input type="checkbox"/> Métodos utilizados para determinar exposiciones y resultados, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/> Sesgo de selección	<input type="checkbox"/> Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>Sólo incluye ECA</b>

10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?

<b>Para sí:</b>			
<input checked="" type="checkbox"/>	Debe haber informado sobre las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?

<b>Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)</b>			
Para sí:			
<input checked="" type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, e	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Investigaron las causas de la heterogeneidad	<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>
<b>Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)</b>			
Para sí:			
<input type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente y,	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Combinaron estadísticamente las estimaciones de efecto de EINA que fueron por confusión, en lugar de combinar datos crudos, o justificaron combinar datos crudos las estimaciones de efecto ajustado cuando no hubieran estado disponibles, y	<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>
<input type="checkbox"/>	Reportaron estimaciones de resumen separadas para los ECA y EINA por separado cuando ambos se incluyeron en la revisión	<input type="checkbox"/>	

12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?

Para sí:			
	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	X	<b>Sí</b>
X	Si la estimación combinada se basó en ECA y/o EINA con diferentes riesgos de sesgo, los autores realizaron análisis para investigar su posible impacto en las estimaciones sumarias del efecto		<b>No</b>
			<b>No Meta-Análisis</b>

13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?

Para sí:			
	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	X	<b>Sí</b>
X	Si se incluyeron ECA con moderado o alto riesgo de sesgo, o EINA, la revisión proporcionó una discusión sobre el probable impacto de los riesgos de sesgo en los resultados		<b>No</b>

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?

Para sí:			
	No hubo heterogeneidad significativa en los resultados, o	X	<b>Sí</b>
X	Si hubo heterogeneidad, los autores realizaron una investigación de sus fuentes y discutieron su impacto en los resultados de la revisión.		<b>No</b>

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

Para sí:			
X	Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la probabilidad y la magnitud del impacto del sesgo de publicación	X	<b>Sí</b>
			<b>No</b>
			<b>No Meta-Análisis</b>

16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?

Para sí:			
X	Los autores informaron carecer de conflicto de intereses o,	X	<b>Sí</b>
	Los autores describen sus fuentes de financiación y cómo fueron gestionados los potenciales conflictos de intereses.		<b>No</b>

de Witte, M. et al. (2019)

1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?

Sí		Opcional		
<input checked="" type="checkbox"/>	Población	<input type="checkbox"/>	Ventana temporal de seguimiento	
<input checked="" type="checkbox"/>	Intervención			<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Comparación			<input checked="" type="checkbox"/> <b>No</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Resultado (outcome)			

2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?

Sí parcial		Sí		
Los autores afirman que tuvieron un protocolo o guía escrita que incluía TODO lo siguiente:		Además de lo anterior, el protocolo debe estar registrado y también debería haber especificado:		
<input type="checkbox"/>	Pregunta(s) de la revisión	<input type="checkbox"/>	Un meta-análisis/plan de síntesis, si aplicara, y	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Una estrategia de búsqueda	<input type="checkbox"/>	Un plan para investigar casusas de heterogeneidad	<input type="checkbox"/> <b>Sí parcial</b>
<input type="checkbox"/>	Criterios de inclusión/exclusión	<input type="checkbox"/>	Justificación para cualquier desviación	<input checked="" type="checkbox"/> <b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Evaluación del riesgo de sesgo			

3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?

Para sí, la revisión debe satisfacer una de las siguientes opciones				
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), o			
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir sólo Estudios No Aleatorizados (EINA), o			<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Explicación para incluir ambos: ECA y EINA			<input checked="" type="checkbox"/> <b>No</b>

4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)	
X	Buscaron por lo menos en 2 bases de datos (relevantes a la pregunta de investigación)	X	Haber buscado en listas de referencias/bibliografía de los estudios incluidos
X	Proporcionaron palabras clave y/o estrategia de búsqueda		Haber buscado en registros de ensayos/estudios
X	Explicitan si hubo restricciones de publicación y está justificada (por ejemplo, idioma)		Haber incluido o consultado expertos en el campo de estudio
			Haber buscado literatura gris, si correspondiese
			Haber realizado una búsqueda dentro de los 24 meses de finalizada la revisión del protocolo

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:			
	Al menos dos revisores estuvieron de acuerdo de forma independiente en la selección de los estudios elegibles y consensuaron qué estudios incluir, o		<b>Sí</b>
	Dos revisores seleccionaron una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto seleccionado por un solo revisor	X	<b>No</b>

6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:			
	Al menos dos revisores alcanzaron consenso sobre los datos a extraer, o		<b>Sí</b>
	Dos revisores extrajeron los datos de una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto extraído por un solo revisor	X	<b>No</b>

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)		
<input type="checkbox"/>	Se proporciona una lista de todos los estudios potencialmente relevantes, evaluados por texto completo, pero excluidos de la revisión	<input type="checkbox"/>	Fue justificada la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante	<b>Sí</b>
				<b>Sí parcial</b>
			<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?

Para sí parcial (TODO lo siguiente)		Para sí, también deberá tener (TODO lo siguiente)		
<input type="checkbox"/>	Poblaciones	<input type="checkbox"/>	Población en detalle	
<input checked="" type="checkbox"/>	Intervenciones	<input checked="" type="checkbox"/>	Ámbito del estudio	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Comparadores	<input type="checkbox"/>	Marco temporal para el seguimiento	<b>Sí parcial</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Resultados	<input type="checkbox"/>	Intervención y comparador en detalle (incluidas dosis si fuese pertinente)	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Diseños de investigación			

9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)				
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:		
<input type="checkbox"/>	Enmascaramiento	<input type="checkbox"/>	Generación de la secuencia aleatoria, y	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Cegamiento de pacientes y evaluadores de resultados (innecesario para los resultados objetivos como mortalidad por todas las causas)	<input type="checkbox"/>	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	<b>Sí parcial</b>
			<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
				<b>Sólo incluye EINA</b>

<b>Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)</b>			
Para sí parcial debe haber valorado:		Para sí, también debe haber valorado:	
<input type="checkbox"/>	Sesgo de confusión, y	<input type="checkbox"/>	Métodos utilizados para determinar exposiciones y resultados, y
<input type="checkbox"/>	Sesgo de selección	<input type="checkbox"/>	Reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos
		<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>Sí parcial</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>Sólo incluye ECA</b>

10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?

<b>Para sí:</b>			
<input type="checkbox"/>	Debe haber informado sobre las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>

11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?

<b>Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)</b>			
Para sí:			
<input checked="" type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, e	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Investigaron las causas de la heterogeneidad	<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>
<b>Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)</b>			
Para sí:			
<input type="checkbox"/>	Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	Utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente y,	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	Combinaron estadísticamente las estimaciones de efecto de EINA que fueron por confusión, en lugar de combinar datos crudos, o justificaron combinar datos crudos las estimaciones de efecto ajustado cuando no hubieran estado disponibles, y	<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>
<input type="checkbox"/>	Reportaron estimaciones de resumen separadas para los ECA y EINA por separado cuando ambos se incluyeron en la revisión	<input type="checkbox"/>	

12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?

Para sí:			
	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
X	Si la estimación combinada se basó en ECA y/o EINA con diferentes riesgos de sesgo, los autores realizaron análisis para investigar su posible impacto en las estimaciones sumarias del efecto	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>

13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?

Para sí:			
	Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
X	Si se incluyeron ECA con moderado o alto riesgo de sesgo, o EINA, la revisión proporcionó una discusión sobre el probable impacto de los riesgos de sesgo en los resultados	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?

Para sí:			
	No hubo heterogeneidad significativa en los resultados, o	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
X	Si hubo heterogeneidad, los autores realizaron una investigación de sus fuentes y discutieron su impacto en los resultados de la revisión.	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

Para sí:			
X	Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la probabilidad y la magnitud del impacto del sesgo de publicación	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>No Meta-Análisis</b>

16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?

Para sí:			
X	Los autores informaron carecer de conflicto de intereses o,	X	<b>Sí</b>
	Los autores describen sus fuentes de financiación y cómo fueron gestionados los potenciales conflictos de intereses.		<b>No</b>

### Anexo 3. Tablas de síntesis de las revisiones incluidas

REFERENCIA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD
Aalbers, S. et al. (2017) Países Bajos	<p><b>Objetivos:</b> Evaluar los efectos de la MT en personas con depresión de cualquier edad, comparado con el tratamiento habitual psicológico o farmacológico. Este trabajo es una actualización de una revisión Cochrane previa, realizada en 2008<sup>a</sup>.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> Hasta septiembre 2016</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática con meta-análisis de ECA, ensayos cuasialeatorizados con procesos sistemáticos de asignación de tratamientos y ensayos controlados.</p> <p><b>Método evaluación calidad:</b> Herramienta de evaluación del riesgo de sesgo de Cochrane. Extracción por dos revisores/as. Se evalúa el riesgo de sesgo de acuerdo con las dimensiones de generación de secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación, cegamiento de participantes y del personal, cegamiento de evaluadores/as de los resultados, reporte de resultados incompleto, notificación selectiva y otras fuentes de sesgo (principalmente sesgo de publicación).</p>	<p><b>Población:</b> Pacientes de cualquier edad, género o etnia, en cualquier país.</p> <p><b>Intervención:</b> MT con un/a musicoterapeuta con formación. Las intervenciones debían cumplir: a) seguir un marco terapéutico estructurado; b) interacción musical entre terapeuta y paciente; c) con el objetivo de mejorar la salud; d) los agentes que intervienen en el proceso terapéutico son la música, la relación o las reflexiones inducidas por la música.</p> <p><b>Comparación:</b> Tratamiento habitual solo. Terapia psicológica. Terapia farmacológica. Otras intervenciones con música.</p> <p><b>Resultados analizados:</b> Para las distintas comparaciones analizadas se presentan las siguientes medidas de resultados: <u>Medidas de resultado principales</u> Síntomas depresivos (de acuerdo con escalas validadas). Efectos adversos. <u>Medidas de resultado secundarias</u> Funcionamiento social y ocupacional. Autoestima. Calidad de vida. Coste o coste-efectividad. Abandono del estudio. Ansiedad. Satisfacción con el tratamiento. Los resultados se desagregaron por tiempo de medición, C/P (hasta 3 meses) y M/P (hasta 6 meses).</p>	<p><b>Nº estudios incluidos:</b> 9 ECA (n = 421) en total, incluidos los que se identificaron en la revisión previa.</p> <p><b>Resultados:</b> Los ensayos analizados presentaban una calidad moderada, encontrándose riesgo de sesgo en relación a la aleatorización, ocultamiento de la secuencia, cegamiento y ausencia de protocolo de estudio. <u>MT + tratamiento habitual vs. tratamiento habitual solo (N; n; unidad)</u> <b>Corto plazo</b> Síntomas depresivos reportados por profesional (N = 4; n = 219; DME) → -0,98 (IC 95%: -1,69 a -0,27). Síntomas depresivos reportados por paciente (N = 4; n = 142; DME) → -0,85 (IC 95%: -1,37 a -0,34). Calidad de vida (N = 1; n = 67; DME) → 0,32 (IC 95%: -0,17 a 0,80). Abandono del estudio (N = 6; n = 293; OR) → 0,49 (IC 95%: 0,14 a 1,70). Ansiedad (N = 3; n = 195; DME) → -0,74 (IC 95%: -1,40 a -0,08). Autoestima (N = 1; n = 67; DME) → 0,32 (IC 95%: -0,17 a 0,80). Efectos adversos (N = 1; n = 79; OR) → 0,45 (IC 95%: 0,02 a 11,46). <b>Medio plazo</b> Síntomas depresivos reportados por profesional (N = 1; n = 64; DME) → -0,38 (IC 95%: -0,87 a 0,12). Calidad de vida (N = 1; n = 64; DME) → 0,26 (IC 95%: -0,23 a 0,76). Abandono del estudio (N = 1; n = 79; OR) → 0,44 (IC 95%: 0,13 a 1,53). Ansiedad (N = 1; n = 64; DME) → -0,40 (IC 95%: -0,90 a 0,10). Efectos adversos (N = 1; n = 79; OR) → 0,69 (IC 95%: 0,06 a 7,91). <u>MT vs. terapia psicológica (N; n; unidad)</u> <b>Corto plazo</b> Síntomas depresivos reportados por paciente (N = 4; n = 131; DME) → -1,28 (IC 95%: -3,57 a 1,02). Abandono del estudio (N = 4; n = 137; OR) → 0,17 (IC 95%: 0,02 a 1,49). <b>Medio plazo</b> Síntomas depresivos reportados por paciente (N = 1; n = 11; DME) → -0,68 (IC 95%: -2,26 a 0,89). Abandono del estudio (N = 1; n = 14; OR) → 0,11 (IC 95%: 0,01 a 1,92).</p>	Los resultados analizados indican que la MT podría proporcionar efectos beneficiosos a corto plazo para las personas con depresión. En concreto, la MT combinada con el tratamiento habitual parece mejorar los síntomas depresivos en comparación con el tratamiento habitual solo. La MT combinada con el tratamiento habitual no se asocia con más o menos efectos adversos. Igualmente, también se encuentran efectos positivos de la combinación de MT y tratamiento habitual para disminuir los niveles de ansiedad.	⊕ 0/7 Alta
<p><sup>a</sup> Maratos AS, Gold C, Wang X, Crawford MJ. Music therapy for depression. The Cochrane database of systematic reviews. 2008(1):CD004517. C/P: Corto plazo; M/P: Medio plazo.</p>					

REFERENCIA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD
Bieleninik, L. et al. (2016) Noruega	<p><b>Objetivos:</b> Examinar los efectos de la MT frente al tratamiento habitual (o tratamiento habitual combinado con otras terapias) para nacidos prematuros y sus madres durante la hospitalización en UCI y alta posterior.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> No se especifica fecha concreta de búsqueda.</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática con meta-análisis de ECA.</p> <p><b>Método evaluación calidad:</b> Herramienta de evaluación del riesgo de sesgo de Cochrane. Extracción por dos revisores/as. Se evalúa el riesgo de sesgo de acuerdo con las dimensiones de generación de secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación, cegamiento de participantes y del personal, cegamiento de evaluadores/as de los resultados, reporte de resultados incompleto, notificación selectiva y otras fuentes de sesgo (principalmente sesgo de publicación).</p>	<p><b>Población:</b> Recién nacidos prematuros (según criterios de la OMS como aquellos nacidos antes de las 37 semanas completas de gestación o en menos de 259 días desde el primer día del último periodo menstrual de la madre) y sus padres, madres o cuidadores/as. Se incluyeron niños hasta 3 años de edad que nacieron prematuros con el objetivo de evaluar su desarrollo neurológico a largo plazo. No hubo restricciones de género, etnia o ámbito.</p> <p><b>Intervención:</b> MT desarrollada por un/a musicoterapeuta formado/a llevadas a cabo en hospitales, centros de salud comunitarios o en el domicilio.</p> <p><b>Comparación:</b> Tratamiento habitual solo. Tratamiento habitual combinado con otras terapias. Tratamiento habitual combinado con placebo (uso de cascos en silencio o estímulos auditivos diferentes a la música).</p> <p><b>Resultados analizados:</b> <u>Efectos inmediatos</u> <b>Fisiológicos:</b> FC, FR, O<sub>2</sub> <b>Conductuales:</b> Estado de consciencia y Comportamiento agitado <u>Efectos a C/P</u> <b>Lactante:</b> Ganancia de peso, Tiempo hasta lactancia materna <b>Madre:</b> Ansiedad maternal <b>Efectos en el servicio:</b> Edad postmenstrual al alta, Tiempo de hospitalización</p>	<p><b>N° estudios incluidos:</b> 16 ECA en la síntesis cualitativa global (n = 1.071 lactantes / n = 286 madres) y 14 ECA en meta-análisis.</p> <p><b>Resultados:</b> En general, no se describió claramente en los estudios el procedimiento de aleatorización (generación de secuencias, ocultación de la asignación) o si se llevó a cabo cegamiento de los/as evaluadores/as.</p> <p><u>Efectos inmediatos (N; n; unidad)</u> <b>Fisiológicos:</b> FC (N = 8; n = 578; ppm) → -2,99 (IC 95%: -6,08 a 0,11) FR (N = 6; n = 504; respiraciones por minuto) → -3,91 (IC 95%: -7,8 a -0,03) O<sub>2</sub> (N = 7; n = 515; %) → 0,18 (IC 95%: -0,26 a 0,62) <b>Conductuales:</b> Estado de consciencia (N = 5; n = 481; DME) → -0,32 (IC 95%: -0,89 a 0,25) Comportamiento agitado (N = 2; n = 62; DME) → -1,47 (IC 95%: -3,32 a 0,38) <u>Efectos a C/P</u> <b>Lactante:</b> Ganancia de peso (N = 3; n = 166; g/d) → 3,34 (IC 95%: -3,14 a 9,82) Tiempo hasta lactancia materna (N = 2; n = 138; días) → -4 (IC 95%: -11,02 a 3,02) <b>Madre:</b> Ansiedad materna (N = 3; n = 151; DME) → -1,82 (IC 95%: -2,42 a -1,22) <b>Efectos en el servicio:</b> Edad postmenstrual al alta (N = 2; n = 122; días) → -2,5 (IC 95%: -13,89 a 8,9) Tiempo de hospitalización (N = 5; n = 354; días) → -3,27 (IC 95%: -10,7 a -4,16)</p>	<p>Se observó gran heterogeneidad entre los estudios analizados. Se obtuvieron efectos significativos de la MT sobre la frecuencia respiratoria y la ansiedad materna. No hubo suficientes pruebas para confirmar o refutar efectos de la MT en otros efectos fisiológicos y conductuales evaluados en el corto plazo. Igualmente, tampoco existen pruebas para obtener conclusiones sólidas a favor o en contra en el caso de los efectos en el servicio. Se requiere más investigación sobre los resultados de la MT, tanto a corto y largo plazo, tanto en lactantes como en sus madres.</p>	<p>⊖⊖ 2/7 Críticamente baja</p>

FC: Frecuencia cardíaca; FR: Frecuencia respiratoria; O<sub>2</sub>: Saturación de oxígeno.

REFERENCIA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD
Bradt, J. et al. (2010) EEUU	<p><b>Objetivos:</b> Examinar los efectos de la MT sobre las respuestas psicológicas, fisiológicas y sociales en pacientes que reciben cuidados al final de la vida.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> Hasta septiembre 2009</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática con meta-análisis de ECA y estudios cuasialeatorizados con procesos sistemáticos de asignación de tratamientos.</p> <p><b>Método evaluación calidad:</b> Herramienta de evaluación del riesgo de sesgo de Cochrane. Extracción por dos revisores/as. Se evalúa el riesgo de sesgo de acuerdo con las dimensiones de generación de secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación, cegamiento de participantes y del personal, cegamiento de evaluadores/as de los resultados, reporte de resultados incompleto, notificación selectiva y otras fuentes de sesgo (principalmente sesgo de publicación).</p>	<p><b>Población:</b> Pacientes en cuidados paliativos especializados (hospitalarios o comunitarios) o pacientes en cualquier ámbito de atención con un diagnóstico de enfermedad avanzada amenazante para la vida, tratados con intención paliativa y con una esperanza de vida de menos de dos años.</p> <p><b>Intervención:</b> MT impartida por un/a terapeuta musical formado/a combinada con los cuidados habituales.</p> <p><b>Comparación:</b> Cuidados habituales solos. Cuidados habituales junto con otras terapias.</p> <p><b>Resultados analizados:</b> <u>Pacientes</u> Alivio de los síntomas (p.e. náuseas, fatiga, dolor). Efectos psicológicos (ansiedad, depresión, miedo). Efectos fisiológicos (p.e. FR, FC, IgA). Relación y apoyo social (p.e. apoyo familiar, nivel de aislamiento). Comunicación (p.e. capacidad de verbalización, expresión facial, gestos). Calidad de vida. Espiritualidad. Satisfacción de los/as pacientes. <u>Familiares y cuidadores/as</u> Efectos psicológicos (p.e. depresión, angustia, afrontamiento, pena). Relación y apoyo social. Comunicación con el/la paciente. Calidad de vida.</p>	<p><b>N° estudios incluidos:</b> 5 ECA (n = 175).</p> <p><b>Resultados:</b> La calidad de los trabajos, en general, fue baja. Solo uno de los trabajos revisados detalló el método de aleatorización, el ocultamiento de la secuencia y el cegamiento. Los tamaños de muestra de los ECA eran bajos, lo que puede dar lugar a imprecisión en los efectos del tratamiento, obteniéndose intervalos de confianza muy amplios, como es el caso. <u>Efectos inmediatos (N; n; unidad)</u> <b>Alivio de síntomas:</b> Dolor (N = 2; n = 45; DME) → -0,33 (IC 95%: -0,92 a 0,26). <b>Efectos psicológicos</b> Ansiedad (N = 2; n = 45; DME) → -0,31 (IC 95%: -0,90 a 0,28). Depresión (N = 2; n = 45; DME) → -0,51 (IC 95%: -1,11 a 0,10). <b>Calidad de vida</b> Calidad de vida (N = 3; n = 125; DME) → 0,69 (IC 95%: 0,11 a 1,27). Bienestar funcional (N = 2; n = 100; DM) → 13,40 (IC 95%: 7,25 a 19,54). Bienestar psicofisiológico (N = 2; n = 100; DM) → 17,41 (IC 95%: 9,10 a 25,72). Bienestar social/espiritual (N = 2; n = 100; DM) → 6,02 (IC 95%: 1,67 a 10,37).</p>	No se dispone de evidencia con la suficiente calidad que apoye el efecto de la MT en la calidad de vida de las personas que reciben cuidados paliativos. Los resultados provienen de estudios con alto riesgo de sesgo. Se necesita más investigación.	⊖ 1/7 Baja

FC: Frecuencia cardíaca; FR: Frecuencia respiratoria; IgA: Inmunoglobulina A.

REFERENCIA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD
Bradt, J. et al. (2016) EEUU	<p><b>Objetivos:</b> Evaluar y comparar los efectos de la MT y otras intervenciones con música en los efectos psicológicos y físicos de las personas con cáncer. Este trabajo es una actualización de una revisión Cochrane previa, realizada en 2011<sup>a</sup>.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> Hasta enero 2016</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática con meta-análisis de ECA y ensayos cuasialeatorizados con procesos sistemáticos de asignación de tratamientos. Se realizaron meta-análisis por subgrupos para obtener por separado el efecto de las intervenciones de MT y del resto de intervenciones con música.</p> <p><b>Método evaluación calidad:</b> Herramienta de evaluación del riesgo de sesgo de Cochrane. Extracción por dos revisores/as. Se evalúa el riesgo de sesgo de acuerdo con las dimensiones de generación de secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación, cegamiento de participantes y del personal, cegamiento de evaluadores/as de los resultados, reporte de resultados incompleto, notificación selectiva y otras fuentes de sesgo (principalmente sesgo de publicación).</p>	<p><b>Población:</b> Pacientes diagnosticados con cualquier tipo de cáncer, sin restricciones en cuanto a la edad, género, origen étnico o ámbito de las intervenciones. Se excluyeron los participantes sometidos a biopsia, biopsia de médula ósea o aspiración con fines diagnósticos. Tampoco se incluyen estudios con supervivientes de cáncer.</p> <p><b>Intervención:</b> Tratamiento estándar combinado con MT u otras intervenciones con música.</p> <p><b>Comparación:</b> Atención habitual sola. Atención habitual combinada con otras intervenciones. Atención habitual combinada con placebo, donde el placebo puede incluir el uso de auriculares sin estímulos musicales o con otro tipo de estímulos auditivos (p.e. audiolibros o sonidos de la naturaleza).</p> <p><b>Resultados analizados:</b> <u>Medidas de resultado principales</u> Psicológicas (p. e. depresión, ansiedad, ira, desesperanza, impotencia) Físicas (p. e. fatiga, náuseas, dolor) <u>Medidas de resultado secundarias</u> Fisiológicas (p. e. FC, FR, IgA); Apoyo social y espiritual (p. e. apoyo a la familia, espiritualidad, apoyo social, actividad, aislamiento, etc.). Comunicación (p. e. verbalización, gestos). Calidad de vida.</p>	<p><b>N° estudios incluidos:</b> 22 ECA, además de los identificados en la revisión previa. 52 ECA (n = 3.731) en total. 23 ECA sobre MT y 29 ECA como intervenciones con música.</p> <p><b>Resultados:</b> De los ECA analizados, un gran número presentaban alto riesgo de sesgo. Dado que no existe posibilidad de realizar cegamiento a los participantes al evaluar una intervención musical y que las medidas de resultado pueden ser subjetivas (ansiedad, estado de ánimo, etc). Se presentan a continuación únicamente los resultados de los meta-análisis para intervenciones de MT. <u>Medidas de resultado principales (N; n; unidad)</u> <b>Psicológicas</b> Ansiedad (N = 3; n = 111; DME) → -0,62 (IC 95%: -1,01 a -0,24). Depresión (N = 3; n = 130; DME) → -0,11 (IC 95%: -0,46 a 0,24). Estado de ánimo (N = 2; n = 104; DME) → 0,37 (IC 95%: -0,13 a 0,87). <u>Medidas de resultado secundarias (N; n; unidad)</u> Calidad de vida (N = 3; n = 132; DME) → 0,42 (IC 95%: 0,06 a 0,78).</p>	<p>En general, las intervenciones con música podrían tener efectos beneficiosos sobre la ansiedad, el dolor, la fatiga y la calidad de vida en las personas con cáncer. También se observan efectos sobre resultados fisiológicos como la FC, FR y la presión arterial. No obstante, la mayoría de los ECA analizados presentaban un riesgo de sesgo alto, de modo que estos resultados deben interpretarse con cautela. Con respecto a la MT con terapeuta formado/a, se han encontrado efectos beneficiosos moderados en la ansiedad, depresión, estado de ánimo y calidad de vida de los pacientes. No se encuentra este efecto en otras intervenciones con música para el caso de la calidad de vida.</p>	⊕ 0/7 Media
<p><sup>a</sup> Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. The Cochrane database of systematic reviews. 2011(8):CD006911.FC: Frecuencia cardíaca; FR: Frecuencia respiratoria; IgA: Inmunoglobulina A.</p>					

REFERENCIA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD
Chang, Y. S. et al. (2015) Taiwan	<p><b>Objetivos:</b> Realizar un meta-análisis de ECA que evalúen la eficacia de la MT en el comportamiento, ansiedad, depresión y la función cognitiva de personas con demencia. Conocer si el tipo de intervenciones, perfil de terapeutas y características de los pacientes pueden ser factores determinantes para la eficacia.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> De 2000 a febrero 2014</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática con meta-análisis y meta-regresión. Se incluyen únicamente ECA en los que los participantes se hayan asignado de forma aleatoria. En un análisis del efecto moderador se analizan las características de la intervención, características de la terapeuta, características de los/as participantes.</p> <p><b>Método evaluación calidad:</b> Herramienta de evaluación del riesgo de sesgo de Cochrane. Extracción por dos revisores/as. Se evalúa el riesgo de sesgo de acuerdo con las dimensiones de generación de secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación, cegamiento de participantes y del personal, cegamiento de evaluadores/as de los resultados, reporte de resultados incompleto, notificación selectiva y otras fuentes de sesgo (principalmente sesgo de publicación).</p>	<p><b>Población:</b> Adultos mayores, formalmente diagnosticados con cualquier tipo de demencia según el DSM-IV y el CIE-10.</p> <p><b>Intervención:</b> Intervenciones con música con enfoque individual o grupal.</p> <p><b>Comparación:</b> Tratamiento habitual Ningún tratamiento.</p> <p><b>Resultados analizados:</b> <u>Medidas de resultado principales</u> Conductas disruptivas <u>Medidas de resultado secundarias</u> Ansiedad Depresión Función cognitiva</p>	<p><b>Nº estudios incluidos:</b> 10 ECA (n = 465).</p> <p><b>Resultados:</b> Se incluyen estudios de calidad moderada con bajo riesgo de sesgo por generación de secuencia aleatoria y ocultamiento. Se presentan, en primer lugar, los resultados agrupados para el total de estudios (incluyendo aquellos que evalúan intervenciones con música no impartidas por musicoterapeuta):</p> <p><u>Medidas de resultado principales (N; n; unidad)</u> Conductas disruptivas (N = 9; n = 376; g de Hedges) → -0,66 (IC 95%: -0,88 a -0,44).</p> <p><u>Medidas de resultado secundarias (N; n; unidad)</u> Ansiedad (N = 5; n = 251; g de Hedges) → -0,51 (IC 95%: -1,00 a -0,02). Depresión (N = 5; n = 234; g de Hedges) → -0,39 (IC 95%: -0,78 a 0,01). Función cognitiva (N = 5; n = 195; g de Hedges) → 0,19 (IC 95%: -0,08 a 0,45).</p> <p>A continuación, se indican los resultados del análisis del efecto moderador cuando la intervención se realiza por parte de un/a musicoterapeuta:</p> <p><u>Medidas de resultado principales (N; n; unidad)</u> Conductas disruptivas (N = 5; n = 238; g de Hedges) → -0,33 (IC 95%: -0,71 a 0,14). <u>Medidas de resultado secundarias (N; n; unidad)</u> Ansiedad (N = 2; n = 119; g de Hedges) → -0,17 (IC 95%: -0,62 a 0,29). Depresión (N = 3; n = 157; g de Hedges) → -0,25 (IC 95%: -0,74 a 0,25). Función cognitiva (N = 3; n = 118; g de Hedges) → 0,17 (IC 95%: -0,13 a 0,79).</p>	Las intervenciones con música, en general, podrían tener efectos en la reducción de conductas disruptivas en personas mayores con demencia. Igualmente, se observan efectos moderados en la reducción de niveles de ansiedad. Sin embargo, estos efectos no se repiten para el caso de las intervenciones de MT impartidas por un/a musicoterapeuta con formación.	⊖⊖ 2/7 Críticamente baja
N: Número de estudios; n: Número de participantes; g: g de Hedges.					

REFERENCIA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD
Chen, X. J. et al. (2016) Dinamarca	<p><b>Objetivos:</b> Evaluar la efectividad de la MT en la mejora de la salud mental de los internos en centros penitenciarios.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> Hasta septiembre 2012. Se realizó una actualización de la búsqueda hasta abril 2015.</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática con meta-análisis de ECA o ensayos controlados cuasialeatorizados con asignación mediante procedimientos sistemáticos (fecha de nacimiento, número de registro médico, día de la semana o el orden de inclusión de los participantes en el estudio, etc.). Se realizaron meta-análisis por subgrupos para obtener el efecto de las intervenciones de MT con menos de 20 sesiones y con más.</p> <p><b>Método evaluación calidad:</b> Herramienta de evaluación del riesgo de sesgo de Cochrane. Extracción por dos revisores/as. Se evalúa el riesgo de sesgo de acuerdo con las dimensiones de generación de secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación, cegamiento de participantes y del personal, cegamiento de evaluadores/as de los resultados, reporte de resultados incompleto, notificación selectiva y otras fuentes de sesgo (principalmente sesgo de publicación).</p>	<p><b>Población:</b> Internos en centros penitenciarios, independientemente del tipo de delito, edad, sexo, nacionalidad o la presencia de un trastorno mental.</p> <p><b>Intervención:</b> MT, es decir, experiencias musicales desarrolladas con un/a terapeuta musical debidamente acreditado/a.</p> <p>Se incluyen estudios que comparaban diferentes enfoques de MT entre sí.</p> <p><b>Comparación:</b> Atención habitual. Ningún tratamiento. Cualquier otro tipo de terapia o placebo.</p> <p><b>Resultados analizados:</b> Autoestima. Gestión del comportamiento. Ansiedad. Depresión. Función social</p>	<p><b>N° estudios incluidos:</b> 5 ECA (n = 409)</p> <p><b>Resultados:</b> La calidad metodológica de los estudios era variable: algunos de los estudios no aportaban suficiente información sobre la generación de secuencia aleatoria y su ocultamiento o sobre el cegamiento de los/as evaluadores/as, lo que daba lugar riesgo de sesgo. Los resultados son imprecisos debido al tamaño de la muestra.</p> <p><u>General (N; n; unidad)</u> Autoestima (N = 2; n = 233; g de Hedges) → 0,55 (IC 95%: 0,28 a 0,38) Gestión del comportamiento (N = 1; n = 13; g de Hedges) → 0,63 (IC 95%: -0,50 a 1,75) Ansiedad (N = 2; n = 256; g de Hedges) → 0,46 (IC 95%: -0,49 a 1,24) Depresión (N = 2; n = 256; g de Hedges) → 0,44 (IC 95%: -0,40 a 1,27) Función social (N = 3; n = 271; g de Hedges) → 0,35 (IC 95%: 0,06 a 0,65)</p> <p><u>Menos de 20 sesiones (N; n; unidad)</u> Ansiedad (N = 1; n = 72; g de Hedges) → -0,04 (IC 95%: -0,50 a 0,42) Depresión (N = 1; n = 72; g de Hedges) → -0,01 (IC 95%: -0,47 a 0,45) Función social (N = 1; n = 73; g de Hedges) → 0,07 (IC 95%: -0,39 a 0,53)</p> <p><u>Más de 20 sesiones (N; n; unidad)</u> Ansiedad (N = 1; n = 184; g de Hedges) → 0,94 (IC 95%: 0,63 a 1,24) Depresión (N = 1; n = 184; g de Hedges) → 0,85 (IC 95%: 0,54 a 1,15) Función social (N = 2; n = 198; g de Hedges) → 0,49 (IC 95%: 0,21 a 0,78)</p>	<p>Se encontraron efectos positivos del uso de MT para promover la autoestima y el funcionamiento social de las personas internas. En general, la MT podría ser una técnica útil para que las personas internas en centros penitenciarios mejoren su salud mental. Se recomienda desarrollar investigación en la que se consideren ambos sexos de manera más amplia.</p>	<p>⊖⊖ 2/7 Críticamente baja</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD
de Witte, M. et al. (2019) Países Bajos	<p><b>Objetivos:</b> Analizar el efecto de las intervenciones con música en los indicadores fisiológicos relacionados con el estrés (por ejemplo, presión arterial, FC, niveles hormonales), así como las experiencias psicológicas (por ejemplo, ansiedad, inquietud o nerviosismo) en diversas poblaciones y ámbitos.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> Hasta noviembre 2017</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática de ECA con meta-análisis con análisis del efecto moderador de las características de los estudios, ámbito, características de la intervención, etc.</p> <p><b>Método evaluación calidad:</b> Se empleó la herramienta "Quality Assessment Tool for Quantitative Studies" (EPHPP). Se evalúan las dimensiones de sesgo de selección, diseño del estudio, factores de confusión, cegamiento, método de recogida de datos, abandonos de participantes, adherencia al protocolo con respecto a la intervención y análisis realizado.</p>	<p><b>Población:</b> Población general o con cualquier condición de salud existente. Se excluyen únicamente aquellos trabajos que analizaban el efecto de las intervenciones con música en menores de 18 años y personas con demencia.</p> <p><b>Intervención:</b> Intervenciones con música. No se realiza una descripción exhaustiva de los criterios de selección para las intervenciones.</p> <p><b>Comparación:</b> No se especifica ningún comparador determinado.</p> <p><b>Resultados analizados:</b> Efectos fisiológicos y psicológicos del estrés y/o ansiedad. <u>Efectos fisiológicos</u> Presión arterial Niveles hormonales FC <u>Efectos psicológicos</u> Ansiedad Estrés Se excluyeron estudios cuyas medidas de resultados fueran la calidad de vida o el dolor, ya que se consideraron variables finales que no medirían los efectos primarios del estrés.</p>	<p><b>Nº estudios incluidos:</b> 61 ECA, se extrajeron 197 medidas de efecto (n = 3.188; 1.624 eran de grupos de intervención / 1.564 participantes eran de grupos de comparación).</p> <p><b>Resultados:</b> De acuerdo con la evaluación de la calidad que realizan los autores, la mayoría de los trabajos revisados presentan una calidad moderada o alta. No se muestran de forma explícita las puntuaciones que se otorga a cada dimensión en la evaluación del riesgo de sesgo. Se presentan inicialmente los resultados globales del meta-análisis para todo tipo de intervenciones con música (N; n; unidad). Efectos fisiológicos (N = 61; n = 3.188; d de Cohen) → 0,380 (IC 95%: 0,296 a 0,465) Efectos psicológicos (N = 79; n = 6.800; d de Cohen) → 0,545 (IC 95%: 0,432 a 0,657) En el análisis de efecto moderador para las manifestaciones fisiológicas se obtiene que el empleo de MT con musicoterapeuta tiene un efecto superior (d de Cohen = 0,423; p &lt; 0,01), pero no supone un cambio significativo. El empleo de MT no produce cambios significativos con respecto al efecto inicialmente obtenido para las manifestaciones psicológicas del estrés (d de Cohen = 0,529; p &lt; 0,001).</p>	<p>Esta revisión sistemática con meta-análisis multinivel (análisis del efecto moderador) aporta pruebas en relación a los efectos positivos moderados del uso de intervenciones musicales para reducir el estrés. Estos efectos beneficiosos pueden explicar el creciente uso de las intervenciones musicales para la reducción del estrés en la práctica clínica y de la salud mental, considerando el uso reducido de recursos y la falta de efectos secundarios de las intervenciones musicales.</p>	<p>⊖⊖ 3/7 Críticamente baja</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD
Li, H. C. et al. (2019) Taiwan	<p><b>Objetivos:</b> Examinar el efecto de la MT para reducir los niveles de depresión en personas con demencia y conocer cómo influye la duración de las terapias y el papel de los/as terapeutas en el efecto.</p> <p><b>Periodo de búsquedas:</b> Hasta abril 2016</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática con meta-análisis. Se incluyen ECA con diseños paralelos y cruzados. Se realiza un análisis por subgrupos para la duración de las intervenciones y la intervención de un/a musicoterapeuta.</p> <p><b>Método evaluación calidad:</b> Se emplea la Escala Jadad, que cuenta con tres dimensiones. En esta escala se puntúan las cuestiones relativas al diseño aleatorizado y el método de aleatorización, cegamiento y descripción de abandonos de los participantes en los estudios.</p>	<p><b>Población:</b> Pacientes con demencia que presentan síntomas de depresión. Se excluyen pacientes con psicosis u otras patologías. No se describen los criterios para la selección de estudios según sus participantes.</p> <p><b>Intervención:</b> Musicoterapia y otras intervenciones con música. Se excluyen intervenciones que combinan las intervenciones con música junto con tratamiento farmacológico.</p> <p><b>Comparación:</b> No se menciona comparador explícitamente. Se excluye cualquier tipo de intervención con música como comparador.</p> <p><b>Resultados analizados:</b> Depresión. Se realizan diferentes clasificaciones de resultados. <u>Por tipo de intervención</u> Musicoterapia o intervención con música (sin musicoterapeuta) <u>Por plazo</u> A las 3, 4, 6, 8, 12, 16 semanas y 5 meses durante la intervención 1 y 2 meses después de la intervención.</p>	<p><b>Nº estudios incluidos:</b> 7 ECA (n = 388).</p> <p><b>Resultados:</b> De acuerdo con la evaluación de los autores, todos los estudios incluidos en la revisión eran de alta calidad. A continuación se detallan únicamente los resultados de los meta-análisis que corresponden a intervenciones de MT: <u>Por plazo de medición (N; n; unidad)</u> Tres semanas (N = 1; n = 100; DM) → -3,19 (IC 95%: -6,94 a 0,56) Seis semanas (N = 1; n = 100; DM) → -5,56 (IC 95%: -8,86 a -2,26) Ocho semanas (N = 1; n = 58; DM) → -1,90 (IC 95%: -3,27 a -0,53) Doce semanas (N = 2; n = 84; DME) → -0,04 (IC 95%: -0,47 a 0,39) Dieciséis semanas (N = 1; n = 57; DM) → -1,13 (IC 95%: -2,31 a 0,05) Cinco meses (N = 1; n = 56; DM) → -0,54 (IC 95%: -1,74 a 0,66) Un mes después de la intervención (N = 2; n = 157; DME) → -0,12 (IC 95%: -0,43 a 0,19)</p>	<p>Este meta-análisis indica que la terapia con música tiene efectos sobre la depresión a medio plazo en personas con demencia. La importancia de los/as musicoterapeutas en las intervenciones con música también se ha analizado. Se recomienda realizar más estudios con diseños aleatorizados para comprobar el efecto de las intervenciones a largo plazo.</p>	<p>⊖⊖ 4/7 Críticamente baja</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD
Na, R. et al. (2019) Corea del Sur	<p><b>Objetivos:</b> Investigar los efectos de diversas técnicas e intervenciones no farmacológicas en personas con demencia.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> Hasta abril 2017</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática con meta-análisis de ensayos clínicos. Se realizan varios meta-análisis de acuerdo con la técnica evaluada.</p> <p><b>Método evaluación calidad:</b> Herramienta de evaluación del riesgo de sesgo (RoB) y se utiliza la metodología GRADE para derivar la confianza en los desenlaces. Extracción por dos revisores/as.</p>	<p><b>Población:</b> Pacientes mayores con diagnóstico de demencia moderada o severa según el "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder", el CIE-10; y otros criterios de diagnóstico aceptados.</p> <p><b>Intervención:</b> Se evalúan las siguientes intervenciones: Masaje, ejercicios, musicoterapia, terapia de luz, toque terapéutico y terapias multicomponente.</p> <p>No se establecieron explícitamente criterios de selección o clasificación adicionales, además de tratarse de intervenciones no farmacológicas.</p> <p><b>Comparación:</b> No se establece un comparador determinado.</p> <p><b>Resultados analizados:</b> Se establece una clasificación entre resultados principales y secundarios.</p> <p><u>Medidas de resultado principales</u> AVDs SPCD general: Depresión, Ansiedad, Agitación</p> <p><u>Medidas de resultado secundarias</u> Función cognitiva. Calidad de vida.</p>	<p><b>N° estudios incluidos:</b> Se incluyen 11 ECA (n = 960) en total para todas las técnicas evaluadas.</p> <p><b>Resultados:</b> La certeza en los desenlaces obtenidos es moderada-baja, debido al riesgo de sesgo y la heterogeneidad entre estudios.</p> <p>Se presentan únicamente los resultados de los meta-análisis relacionados con MT.</p> <p><u>Medias de resultado principales (N; n; unidad)</u> AVDs (N = 1 ; n = 56; DME) → 0,44 (IC 95%: -0,09 a 0,97) SPCD general (N = 3; n = 120; DME) → -0,52 (IC 95%: -0,90 a -0,13) Agitación (N = 1; n = 37; DME) → 0,46 (IC 95%: -0,19 a 1,11)</p> <p><u>Medias de resultado secundarias (N; n; unidad)</u> Función cognitiva (N = 2; n = 91; DME) → 0,33 (IC 95%: -0,09 a 0,74).</p>	El empleo de técnicas e intervenciones no farmacológicas puede tener efectos positivos en la realización de actividades de vida diaria y mejora del estado depresivo en pacientes mayores con demencia moderada-grave. Sin embargo, estos resultados son poco sólidos debido a las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos en la revisión y la heterogeneidad entre ellos.	⊖⊖ 3/7 Críticamente baja
AVDs: Actividades de la vida diaria; SPCD: Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia.					

REFERENCIA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD
van der Steen, J. T. et al. (2017) Países Bajos	<p><b>Objetivos:</b> Evaluar los efectos sobre el bienestar emocional y calidad de vida, alteraciones del estado de ánimo o los efectos negativos en pacientes con demencia empleando las diferentes intervenciones terapéuticas basadas en la música.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> Hasta abril 2016</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática con meta-análisis de ECA paralelos y cruzados. Se realizan análisis de sensibilidad incluyendo únicamente aquellas intervenciones dirigidas por musicoterapeutas.</p> <p><b>Método evaluación:</b> Herramienta de evaluación del riesgo de sesgo de Cochrane. Extracción por dos revisores/as.</p> <p><b>evaluación calidad:</b></p>	<p><b>Población:</b> Personas con diagnóstico de cualquier tipo de demencia según el DSM-IV o el DSM-5, el CIE-10 u otros criterios de diagnóstico aceptados. También se incluyeron estudios con pacientes diagnosticados de demencia por un profesional, si no se disponía de datos sobre los criterios o instrumentos formales. Se incluyeron estudios en diversos ámbitos (comunitario, hospital o residencias de ancianos). No se empleó ningún criterio de edad.</p> <p><b>Intervención:</b> Se definieron las intervenciones basadas en música como aquellas proporcionadas por un/a musicoterapeuta cualificado/a o aquellas intervenciones con música sujetas a una relación terapéutica, siempre que cumplieran al menos dos criterios: a) Objetivo terapéutico de mejora de la comunicación, las relaciones, aprendizaje, expresión, movilidad, etc. b) Música basada en preferencias individuales. c) Participación activa de las personas con demencia tocando algún instrumento musical o cantando. d) Indicación clínica para participar en la intervención.</p> <p><b>Comparación:</b> Atención habitual. Otras actividades. Ninguna terapia o alternativa.</p> <p>Se excluyeron aquellos ensayos cuyo grupo control recibía cualquier intervención basada en la música.</p> <p><b>Resultados analizados:</b> Se analizan los resultados en diferentes puntos del tiempo: al final del tratamiento y en el L/P.</p> <p><u>Bienestar emocional</u> Calidad de vida. Afecto positivo. Expresiones faciales (en ausencia de interacción con el observador también pueden indicar bienestar emocional).</p> <p><u>Perturbación del estado de ánimo</u> Depresión o síntomas depresivos. Ansiedad.</p> <p><u>Comportamiento</u> Agitación y/o agresión, problemas generales de comportamiento o síntomas neuropsiquiátricos.</p> <p><u>Comportamiento social</u> (interacciones verbales).</p> <p><u>Función cognitiva.</u> <u>Cualquier efecto adverso.</u></p>	<p><b>Nº estudios incluidos:</b> 17 ECA (n = 620)</p> <p><b>Resultados:</b> Todos los estudios incluidos tenían un alto riesgo de sesgo de interpretación, detección u otros tipos de sesgo. En numerosos casos no fue posible evaluar el riesgo de sesgo debido a la poca claridad del reporte de los estudios. Se observa dificultad para establecer cegamiento, tanto de participantes como del personal. En general, la confianza en los resultados de los trabajos es baja. Se presentan los resultados globales de los meta-análisis, sin desagregar el análisis por subgrupos según el comparador, excepto en el caso de comportamiento social, en el que sólo se dispone de resultados agrupados para el comparador de "otras actividades".</p> <p><u>Al final del tratamiento (N; n; unidad)</u></p> <p><b>Bienestar emocional</b> Bienestar emocional y calidad de vida (N = 6; n = 181; DME) → 0,32 (IC 95%: -0,08 a 0,71).</p> <p><b>Perturbación del estado de ánimo</b> Depresión (N = 9; n = 376; DME) → -0,28 (IC 95%: -0,48 a -0,07). Ansiedad (N = 11; n = 365; DME) → -0,50 (IC 95%: -0,84 a -0,16).</p> <p><b>Comportamiento</b> Agitación/agresividad (N = 12; n = 515; DME) → -0,08 (IC 95%: -0,29 a 0,14). Comportamiento problemático (N = 6; n = 209; DME) → -0,20 (IC 95%: -0,56 a 0,17).</p> <p><b>Comportamiento social</b> Comportamiento social vs. otras actividades (N = 3; n = 70; DME) → 0,54 (IC 95%: 0,06 a 1,02).</p> <p><b>Función cognitiva</b> Función cognitiva (N = 6; n = 257; DME) → 0,21 (IC 95%: -0,04 a 0,45).</p> <p><u>A largo plazo</u></p> <p><b>Bienestar emocional</b> Bienestar emocional y calidad de vida (N = 2; n = 48; DME) → 0,47 (IC 95%: -0,10 a 1,05).</p> <p><b>Perturbación del estado de ánimo</b> Depresión (N = 5; n = 234; DME) → -0,01 (IC 95%: -0,27 a 0,24). Ansiedad (N = 5; n = 160; DME) → -0,23 (IC 95%: -0,86 a 0,41).</p> <p><b>Comportamiento</b> Agitación/agresividad (N = 4; n = 225; DME) → -0,02 (IC 95%: -0,36 a 0,33). Comportamiento problemático (N = 3; n = 125; DME) → -0,05 (IC 95%: -0,30 a 0,41).</p> <p><b>Comportamiento social</b> Comportamiento social vs. otras actividades (N = 2; n = 48; DME) → 0,53 (IC 95%: -0,53 a 1,60). No se reportó información sobre efectos adversos en los ECA revisados.</p>	<p>Las intervenciones basadas en música pueden tener efectos positivos para aliviar síntomas depresivos en personas con demencia. Sin embargo, la calidad de la evidencia sobre los efectos en ansiedad y el comportamiento social fue muy baja, por lo que los efectos están sujetos a una gran incertidumbre. En cuanto la reducción de la agitación y agresividad no se han encontrado resultados estadísticamente significativos. Deben desarrollarse estudios con mayores muestras, que incluyan las medidas de resultados relevantes. Al igual que es recomendable examinar si estos efectos se mantienen en el tiempo y guardan relación con la duración del tratamiento.</p>	<p>⊕ 0/7 Alta</p>

L/P: Largo plazo.

## Anexo 4. Extracción de estimadores y evaluación de la confianza GRADE

	DESENLACE	POBLACIÓN	COMPARACIÓN	UNIDAD/ ESCALA	ESTUDIOS	PARTICIP.	EFECTO	IC 95%	N	ROB	I <sup>2</sup>	AMSTAR	GRADE	REF.
Psicológicas	Ansiedad materna	Madres de recién nacidos prematuros	MT vs. Tratamiento habitual.	STAI	3	151	DME -1,82**	-2,42 a -1,22	⊖	⊖ A: 61,6%; C: 0%	⊕ 69%	⊖⊖ 2/7	<b>Baja</b>	Bieleninik, L. et al. (2016)
	Ansiedad	Internos en centros penitenciarios	MT vs. Tratamiento habitual.	STAI, HADS-A	2	256	g de Hedges 0,46	-0,49 a 1,24	⊕	⊖ A: 0%; C: 100%	⊖ 92%	⊖⊖ 2/7	<b>Baja</b>	Chen, X. J. et al. (2016)
	Ansiedad	Pacientes diagnosticados de cáncer	MT vs. Tratamiento habitual	STAI, VAS, QMS	3	111	DME -0,62	-1,01 a -0,24	⊖	⊖ A: 0%; C: 0%	⊕ 0%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	Bradt, J. et al. (2016)
	Ansiedad		MT vs. Tratamiento habitual Ningún tratamiento.	NPI	2	119	g de Hedges -0,17	-0,62 a 0,29	⊖	⊖ A: 0%; C: 49,6%	n.a.	⊖⊖ 2/7	<b>Baja</b>	Chang, Y. S. et al. (2015)
	Ansiedad (a L/P)	Personas con diagnóstico de demencia	MT vs. Atención habitual.	HAM-A, STAI, NPI	5	160	DME -0,23	-0,86 a 0,41	⊖	⊖ A: 0%; C: 77,8%	⊕ 72%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	van der Steen, J. T. et al. (2017)
	Ansiedad (al finalizar la intervención)		Otras actividades.	BPSD, NPI, RAID, BEHAVE-AD, HAM-A, STAI	11	365	DME -0,50	-0,84 a -0,16	⊕	⊖ A: 18,4%; C: 56,6%	⊕ 56%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	van der Steen, J. T. et al. (2017)
	Ansiedad	Pacientes en cuidados paliativos	MT vs. Tratamiento habitual.	ESAS, VAS	2	45	DME -0,31	-0,90 a 0,28	⊖⊖	⊖ A: 55,4%; C: 0%	⊕ 0%	⊖ 1/7	<b>Baja</b>	Bradt, J. et al. (2010)
	Ansiedad (a C/P)	No específica población	MT + tratamiento habitual vs. Tratamiento habitual solo	HAM-A, HADS-A	3	195	DME -0,74**	-1,40 a -0,08	⊖	⊖ A: 33,9%; C: 33,9%	⊖ 80%	⊕ 0/7	<b>Baja</b>	Aalbers, S. et al. (2017)
	Ansiedad (a M/P)			HAM-A	1	64	DME -0,40	-0,90 a 0,10	⊖⊖	⊕ A: 100%; C: 100%	n.a.	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	Aalbers, S. et al. (2017)
	Depresión	Internos en centros penitenciarios	MT vs. Tratamiento habitual.	BDI, HADS-D	2	256	g de Hedges 0,44	-0,40 a 1,27	⊕	⊖ A: 0%; C: 100%	⊖ 89%	⊖⊖ 2/7	<b>Baja</b>	Chen, X. J. et al. (2016)
	Depresión	Pacientes diagnosticados de cáncer	MT vs. Tratamiento habitual	POMS, HAM-D	3	130	DME -0,11	-0,46 a 0,24	⊖	⊖ A: 74,5%; C: 0%	⊕ 0%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	Bradt, J. et al. (2016)

DESENLACE	POBLACIÓN	COMPARACIÓN	UNIDAD/ESCALA	ESTUDIOS	PARTICIP.	EFFECTO	IC 95%	N	ROB	I <sup>2</sup>	AMSTAR	GRADE	REF.		
Depresión	Personas con diagnóstico de demencia	MT vs. Tratamiento habitual Ningún tratamiento.	NPI, CSDD	3	157	g de Hedges -0,25	-0,74 a 0,25	⊖	⊖ A: 0%; C: 37,6%	n.a	⊖⊖ 2/7	<b>Baja</b>	Chang, Y. S. et al. (2015)		
Depresión (a L/P)		MT vs. Atención habitual.	BPSD, NPI, CSDD, GDS	5	234	DME -0,01	-0,27 a 0,24	⊕	⊖ A: 42,8%; C: 47,8%	⊕ 0%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	van der Steen, J. T. et al. (2017)		
Depresión (al finalizar la intervención)		Otras actividades.	BPSD, NPI, CSDD, GDS	9	376	DME -0,28	-0,48 a -0,07	⊕	⊖ A: 44,1%; C: 57,1%	⊕ 0%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	van der Steen, J. T. et al. (2017)		
Depresión (a las tres semanas)	Pacientes con demencia que presentan síntomas de depresión	No se especifica comparador	CSDD	1	100	DM -3,19	-6,94 a 0,56	⊖	⊕ A: 100%; C: 100%	n.a	⊖⊖ 4/7	<b>Baja</b>	Li, H. C. et al. (2019)		
Depresión (a las seis semanas)			CSDD	1	100	DM -5,56**	-8,86 a -2,26	⊖	⊕ <sup>α</sup> A: 100%; C: 100%	n.a	⊖⊖ 4/7	<b>Baja</b>	Li, H. C. et al. (2019)		
Depresión (a las ocho semanas)			NPI	1	58	DM -1,90	-3,27 a -0,53	⊖⊖	⊖ A: 0%; C: 100%	n.a	⊖⊖ 4/7	<b>Muy Baja</b>	Li, H. C. et al. (2019)		
Depresión (a las doce semanas)			GDS, CSDD	2	84	DME -0,04	-0,47 a 0,39	⊖⊖	⊖ A: 100%; C: 100%	⊕ 0%	⊖⊖ 4/7	<b>Muy Baja</b>	Li, H. C. et al. (2019)		
Depresión (a las dieciséis semanas)			NPI	1	57	DM -1,13	-2,31 a 0,05	⊖⊖	⊖ A: 0%; C: 100%	n.a	⊖⊖ 4/7	<b>Muy Baja</b>	Li, H. C. et al. (2019)		
Depresión (a los cinco meses)			NPI	1	56	DM -0,54	-1,74 a 0,66	⊖⊖	⊖ A: 0%; C: 100%	n.a	⊖⊖ 4/7	<b>Muy Baja</b>	Li, H. C. et al. (2019)		
Depresión (un mes tras finalizar la intervención)			NPI	2	157	DME -0,12	-0,43 a 0,19	⊖	⊖ A: 63,8%; C: 100%	⊕ 0%	⊖⊖ 4/7	<b>Baja</b>	Li, H. C. et al. (2019)		
Depresión			Pacientes en cuidados paliativos	MT vs. Tratamiento habitual.	ESAS, VAS	2	45	DME -0,51	-1,11 a 0,10	⊖⊖	⊖ A: 58,8%; C: 0%	⊕ 39%	⊖ 1/7	<b>Baja</b>	Bradt, J. et al. (2010)

DESENLACE	POBLACIÓN	COMPARACIÓN	UNIDAD/ESCALA	ESTUDIOS	PARTICIP.	EFFECTO	IC 95%	N	ROB	I <sup>2</sup>	AMSTAR	GRADE	REF.	
Síntomas depresivos reportados por paciente (a C/P)	No específica población	MT + tratamiento habitual vs. tratamiento habitual solo	BDI, GDS	4	219	DME -0,85**	-1,37 a -0,34	⊕	⊖ A: 21,9%; C: 0%	⊕ 49%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	Aalbers, S. et al. (2017)	
Síntomas depresivos reportados por profesional (a C/P)			HRSD, HAM-D, MADRS	4	219	DME -0,98**	-1,69 a -0,27	⊕	⊖ A: 48,4%; C: 26,8%	⊖ 83%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	Aalbers, S. et al. (2017)	
Síntomas depresivos reportados por profesional (a M/P)			HRSD, HAM-D, MADRS	1	64	DME -0,38	-0,87 a 0,12	⊖⊖	⊕ A: 100%; C: 100%	n.a.	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	Aalbers, S. et al. (2017)	
Síntomas depresivos reportados por paciente (a C/P)		MT vs. Terapia psicológica	No se especifica comparador	TDI, BDI	4	131	DME -1,28	-3,57 a 1,02	⊕	⊖ A: 0%; C: 0%	⊖ 96%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	Aalbers, S. et al. (2017)
Síntomas depresivos reportados por profesional (a C/P)				MADRS	1	11	DME -0,78	-2,36 a 0,81	⊖⊖	⊖ A: 0%; C: 0%	n.a.	⊕ 0/7	<b>Baja</b>	Aalbers, S. et al. (2017)
Síntomas depresivos reportados por paciente (a M/P)				TDI, BDI	1	11	DME -0,68	-2,26 a 0,89	⊖⊖	⊖ A: 0%; C: 0%	n.a.	⊕ 0/7	<b>Baja</b>	Aalbers, S. et al. (2017)
Síntomas depresivos reportados por profesional (a M/P)				MADRS	1	11	DME -1,11	-2,74 a 0,53	⊖⊖	⊖ A: 0%; C: 0%	n.a.	⊕ 0/7	<b>Baja</b>	Aalbers, S. et al. (2017)
Efectos psicológicos del estrés (estrés y ansiedad)				PSS, VAS, STAI	11	370	d de Cohen 0,529	p < 0,001 <sup>¥</sup>	⊕	⊕ 81,6%+	n.a.	⊖⊖ 3/7	<b>Mod.</b>	de Witte, M. et al. (2019)
Autoestima		Internos en centros penitenciarios	MT vs. Tratamiento habitual.	RSI, ICL	2	233	g de Hedges 0,55	0,28 a 0,38	⊕	⊖ A: 88,5%; C: 0%	⊕ 0%	⊖⊖ 2/7	<b>Baja</b>	Chen, X. J. et al. (2016)
Autoestima (a C/P)	No específica población	MT + tratamiento habitual vs. Tratamiento habitual solo	RSE	1	67	DME 0,32	-0,17 a 0,80	⊖⊖	⊖ A: 0%; C: 0%	n.a.	⊕ 0/7	<b>Baja</b>	Aalbers, S. et al. (2017)	
Estado de ánimo	Pacientes diagnosticados de cáncer	MT vs. Tratamiento habitual	POMS	2	104	DME 0,37	-0,13 a 0,87	⊖	⊖ A: 51,7%; C: 0%	⊕ 37%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	Bradt, J. et al. (2016)	

	DESENLACE	POBLACIÓN	COMPARACIÓN	UNIDAD/ ESCALA	ESTUDIOS	PARTICIP.	EFFECTO	IC 95%	N	ROB	I <sup>2</sup>	AMSTAR	GRADE	REF.
Fisiológicas	Frecuencia cardiaca	Recién nacidos prematuros	MT vs. Tratamiento habitual.	n.a.	8	578	ppm -2,99	-6,08 a 0,11	⊕	⊖ A: 31,8%; C: 27,2%	⊕ 69%	⊖⊖ 2/7	<b>Baja</b>	Bieleninik, L. et al. (2016)
	Frecuencia respiratoria			n.a.	6	504	respiraciones por minuto -3,91**	-7,8 a -0,03	⊕	⊖ A: 39,8%; C: 21,2%	⊖ 79%	⊖⊖ 2/7	<b>Baja</b>	Bieleninik, L. et al. (2016)
	Saturación de oxígeno			n.a.	7	515	% 0,18	-0,26 a 0,62	⊕	⊖ A: 51%; C: 35,6%	⊕ 0%	⊖⊖ 2/7	<b>Baja</b>	Bieleninik, L. et al. (2016)
	Efectos fisiológicos del estrés (frecuencia cardiaca, presión arterial y niveles hormonales)	No especifica población	No se especifica comparador	n.a.	6	280	d de Cohen 0,423	p < 0,01*	⊕	⊖ 51,4%+	n.a	⊖⊖ 3/7	<b>Baja</b>	de Witte, M. et al. (2019)

	DESENLACE	POBLACIÓN	COMPARACIÓN	UNIDAD/ESCALA	ESTUDIOS	PARTICIP.	EFFECTO	IC 95%	N	ROB	I <sup>2</sup>	AMSTAR	GRADE	REF.		
Efectos en el comportamiento	Comportamiento agitado	Recién nacidos prematuros	MT vs. Tratamiento habitual.	PIPP	2	62	DME -1,47	-3,32 a 0,38	⊖⊖	⊖ A: 0%; C: 0%	⊖ 92%	⊖⊖ 2/7	<b>Muy Baja</b>	Bieleninik, L. et al. (2016)		
	Estado de consciencia			n.d.	5	481	DME -0,32	-0,89 a 0,25	⊕	⊖ A: 43,6%; C: 22,3%	⊖ 92%	⊖⊖ 2/7	<b>Baja</b>	Bieleninik, L. et al. (2016)		
	Gestión del comportamiento	Internos en centros penitenciarios	MT vs. Tratamiento habitual.	FP40-coping skills, ASP-1, ASP-4	1	13	g de Hedges 0,63	-0,50 a 1,75	⊖⊖	⊖ A: 0%; C: 100%	n.a.	⊖⊖ 2/7	<b>Muy Baja</b>	Chen, X. J. et al. (2016)		
	Agitación/agresividad (al finalizar la intervención)	Personas con diagnóstico de demencia	MT vs. Atención habitual. Otras actividades.	BEHAVE-AD, NPI, CMAI, CMAI-SF	12	515	DME -0,08	-0,29 a 0,14	⊕	⊖ A: 34%; C: 39,7%	⊕ 27%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	van der Steen, J. T. et al. (2017)		
	Agitación/agresividad (a L/P)			CMAI, NPI, BEHAVE-AD	4	225	DME -0,02	-0,36 a 0,33	⊕	⊖ A: 35,9%; C: 44,2%	⊕ 37%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	van der Steen, J. T. et al. (2017)		
	Comportamiento problemático (al finalizar la intervención)			BEHAVE-AD, NPI, CMAI	6	209	DME -0,56	-0,56 a 0,17	⊕	⊖ A: 12,1%; C: 59,1%	⊕ 36%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	van der Steen, J. T. et al. (2017)		
	Comportamiento problemático (a L/P)			CMAI, NPI, BEHAVE-AD	3	125	DME -0,05	-0,30 a 0,41	⊖	⊖ A: 0%; C: 70,6%	⊕ 0%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	van der Steen, J. T. et al. (2017)		
	Comportamiento social (al finalizar la intervención)			Expresiones faciales	3	70	DME 0,54	0,06 a 1,02	⊖⊖	⊖ A: 0%; C: 69,9%	⊕ 0%	⊕ 0/7	<b>Baja</b>	van der Steen, J. T. et al. (2017)		
	Comportamiento social (a L/P)			Expresiones faciales	2	48	DME 0,53	-0,53 a 1,60	⊖⊖	⊖ A: 0%; C: 100%	⊕ 57%	⊕ 0/7	<b>Baja</b>	van der Steen, J. T. et al. (2017)		
	Conductas disruptivas			MT vs. Tratamiento habitual Ningún tratamiento.	NPI, CMAI, BEHAVE-AD	5	238	g de Hedges -0,33	-0,71 a 0,14	⊕	⊖ A: 50,4%; C: 0%	n.a.	⊖⊖ 2/7	<b>Baja</b>	Chang, Y. S. et al. (2015)	
	Agitación			No se especifica comparador	CMAI	1	37	DME 0,46	-0,19 a 1,11	⊖⊖	⊖ Baja\$	n.a.	⊖⊖ 3/7	<b>Muy Baja</b>	Na, R. et al. (2019)	
	Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia			Personas con diagnóstico de demencia	No se especifica comparador	NPI, BEHAVE-AD	3	120	DME -0,52	-0,90 a -0,13	⊖	⊖ Muy baja\$	⊖ 90%	⊖⊖ 3/7	<b>Muy Baja</b>	Na, R. et al. (2019)

	DESENLACE	POBLACIÓN	COMPARACIÓN	UNIDAD/ESCALA	ESTUDIOS	PARTICIP.	EFECTO	IC 95%	N	ROB	I <sup>2</sup>	AMSTAR	GRADE	REF.
Efectos en la calidad de vida	Función social	Internos en centros penitenciarios	MT vs. Tratamiento habitual.	TSBI, Q-LES-Q-Social, SDAS	3	271	g de Hedges 0,35	0,06 a 0,65	⊕	⊖ A: 93,2%; C: 6,8%	⊕ 18%	⊖⊖ 2/7	<b>Baja</b>	Chen, X. J. et al. (2016)
	Calidad de vida	Pacientes diagnosticados de cáncer	MT vs. Tratamiento habitual solo.	QoL-Ca, Hospice QoL Index-Revised	3	132	DME 0,42	0,06 a 0,78	⊖	⊖ A: 64,6%; C: 0%	⊕ 4%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	Bradt, J. et al. (2016)
	Bienestar emocional (a L/P)	Personas con diagnóstico de demencia	MT vs. Atención habitual.	Expresiones faciales	2	48	DME 0,47	-0,10 a 1,05	⊖⊖	⊖ A: 0%; C: 100%	⊕ 0%	⊕ 0/7	<b>Baja</b>	van der Steen, J. T. et al. (2017)
	Bienestar emocional (al finalizar la intervención)		Otras actividades.	ADRQL, DEMQOL, Expresiones faciales	6	181	DME 0,32	-0,08 a 0,71	⊖	⊖ A: 38,6%; C: 48,3%	⊕ 38%	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	van der Steen, J. T. et al. (2017)
	Bienestar funcional	Pacientes en cuidados paliativos	MT vs. Tratamiento habitual.	HQLI-R	2	100	DM 13,40	7,25 a 19,54	⊖	⊖ A: 0%; C: 0%	⊕ 0%	⊖ 1/7	<b>Baja</b>	Bradt, J. et al. (2010)
	Bienestar psicofisiológico			HQLI-R	2	100	DM 17,41	9,10 a 25,72	⊖	⊖ A: 0%; C: 0%	⊕ 0%	⊖ 1/7	<b>Baja</b>	Bradt, J. et al. (2010)
	Bienestar social/espiritual			HQLI-R	2	100	DM 6,02	1,67 a 10,37	⊖	⊖ A: 0%; C: 0%	⊕ 0%	⊖ 1/7	<b>Baja</b>	Bradt, J. et al. (2010)
	Calidad de vida			HQLI-R, ESAS, VAS	3	125	DME 0,69	0,11 a 1,27	⊖	⊖ A: 29,8%; C: 0%	⊕ 51%	⊖ 1/7	<b>Baja</b>	Bradt, J. et al. (2010)
	Calidad de vida (a C/P)	No específica población	MT + tratamiento habitual vs. tratamiento habitual solo	RAND-36	1	67	DME 0,32	-0,17 a 0,80	⊖⊖	⊕ A: 100%; C: 100%	n.a.	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	Aalbers, S. et al. (2017)
	Calidad de vida (a M/P)			RAND-36	1	64	DME 0,26	-0,23 a 0,76	⊖⊖	⊕ A: 100%; C: 100%	n.a.	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	Aalbers, S. et al. (2017)
	Calidad de vida (a C/P)	No específica población	MT vs. Terapia psicológica	SF-36	1	11	DME 1,31	-0,36 a 2,99	⊖⊖	⊖ A: 0%; C: 0%	n.a.	⊕ 0/7	<b>Baja</b>	Aalbers, S. et al. (2017)
	Calidad de vida (a M/P)			SF-36	1	11	DME 0,93	-0,67 a 2,54	⊖⊖	⊖ A: 0%; C: 0%	n.a.	⊕ 0/7	<b>Baja</b>	Aalbers, S. et al. (2017)

	DESENLACE	POBLACIÓN	COMPARACIÓN	UNIDAD/ESCALA	ESTUDIOS	PARTICIP.	EFEECTO	IC 95%	N	ROB	I <sup>2</sup>	AMSTAR	GRADE	REF.
Seguridad	Efectos adversos (a C/P)	No especifica población	MT + tratamiento habitual vs. tratamiento habitual solo	Número de eventos	1	79	OR 0,45	0,02 a 11,46	⊖⊖	⊕ A: 100%; C: 100%	n.a.	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	Aalbers, S. et al. (2017)
	Efectos adversos (a M/P)			Número de eventos	1	79	OR 0,69	0,06 a 7,91	⊖⊖	⊕ A: 100%; C: 100%	n.a.	⊕ 0/7	<b>Mod.</b>	Aalbers, S. et al. (2017)

ADRQL: Alzheimer's Disease-Related Quality of Life; ASP-1: Antisocial Practices Scale; ASP-4: Antisocial Practices Scale; Barthel: Barthel Index for Activities of Daily Living; BDI: Beck's Depression Inventory; BEHAVE-AD: Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale; BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Scale; CMAI: Cohen-Mansfield Agitation Inventory; CMAI-SF: Cohen-Mansfield Agitation Inventory-Short Form; CSDD: Cornell Scale for Depression in Dementia; DEMQOL: Dementia Quality of Life Measure; ESAS: Edmonton Symptom Assessment System; FP40-coping skills: Forensic Psychiatric Profiles 40; GDS: Geriatric Depression Scale; HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety; HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression; HAM-D: Hamilton Depression Rating Scale; HQLI-R: Hospice Quality of Life Index-Revised; HRS-D: Hamilton Rating Scale for Depression; ICL: Interpersonal Checklist; MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; NPI: Neuropsychiatric Inventory ; PIPP: Pain Assessment; POMS: Profile of Mood States; PSS: Perceived Stress Scale; Q-LES-Q-Social: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire. Social Relations; QMS: Quick Mood Scale; QoL-Ca: Quality of Life-Cancer Scale; RAID: Rating Anxiety in Dementia; RSE: Rosenberg Self-Esteem Scale; RSI: Rosenberg Self-esteem Inventory; SDAS: Social Dysfunction and Aggression Scale; SF-36: 36-Item Short Form Health Survey; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; TDI: Teate Depression Inventory; TSBI: Texas Social Behavior Inventory; VAS: Visual Analogue Scale.

C/P: Corto plazo; L/P: Largo plazo; M/P: Medio plazo; n.a.: No aplica; n.d.: No disponible.

Resultados estadísticamente significativos

⊕ No bajar

⊖ Bajar un grado

⊖⊖ Bajar dos grados

\*\* Los autores especifican que el resultado obtenido es clínicamente relevante.

‡ Intervalo de confianza no disponible.

+ Los autores de la RS reportan el riesgo de sesgo de forma general, sin especificar los dominios, para cada estudio.

§ Los autores de la RS reportan el riesgo de sesgo forma agrupada para los estudios que contribuyen al estimador.

## Anexo 5. Tabla de publicaciones excluidas

### Aportadas por los Agentes de Interés

AUTORES/AS	AÑO	TÍTULO	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
Anolak H., et al. <sup>47</sup>	2018	Guided Imagery and Music (GIM) combined with Music, Drawing and Narrative (MDN) as an intervention for reducing perinatal anxiety	Analiza otro tipo de intervenciones
Amnon S., et al. <sup>48</sup>	2019	Music therapy for hospitalized pregnant women – The way to go forward	No se trata de una RS
Barry P., et al. <sup>49</sup>	2010	Music therapy CD creation for initial pediatric radiation therapy: a mixed methods analysis	No se trata de una RS
Bibb J., et al. <sup>50</sup>	2016	'Circuit breaking' the anxiety: Experiences of group music therapy during supported post-meal time for adults with anorexia nervosa.	No se trata de una RS
Cantekin I., et al. <sup>51</sup>	2013	The influence of music therapy on perceived stressors and anxiety levels of hemodialysis patients	No se trata de una RS
Chávez Martínez R., et al. <sup>52</sup>	2019	Musicoterapia como atención de enfermería en procedimiento quirúrgico para disminuir estrés fisiológico y psicológico: propuesta de intervención	No se trata de una RS
Chen X. J., et al. <sup>49</sup>	2016	Randomized Trial of Group Music Therapy With Chinese Prisoners: Impact on Anxiety, Depression, and Self-Esteem	No se trata de una RS
Comeaux T., et al. <sup>53</sup>	2013	The effect of complementary music therapy on the patient's postoperative state anxiety, pain control, and environmental noise satisfaction	No se trata de una RS
De la Rubia J. E., et al. <sup>54</sup>	2014	Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo	No se trata de una RS
De la Rubia J. E., et al. <sup>55</sup>	2018	Does Music Therapy Improve Anxiety and Depression in Alzheimer's Patients?	No se trata de una RS
Fiore J., et al. <sup>56</sup>	2018	A Pilot Study Exploring the Use of an Online Pre-Composed Receptive Music Experience for Students Coping with Stress and Anxiety	No se trata de una RS
Galaal K., et al. <sup>57</sup>	2011	Interventions for reducing anxiety in women undergoing colposcopy	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia

AUTORES/AS	AÑO	TÍTULO	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
Gardstrom Susan C., et al. <sup>58</sup>	2013	The Impact of Group Music Therapy on Negative Affect of People with Co-Occurring Substance Use Disorders and Mental Illnesses	No se trata de una RS
Ghetti C. M., et al. <sup>59</sup>	2013	Effect of music therapy with emotional-approach coping on preprocedural anxiety in cardiac catheterization: a randomized controlled trial	No se trata de una RS
Goldbeck L., et al. <sup>60</sup>	2012	A randomized controlled trial of multimodal music therapy for children with anxiety disorders	No se trata de una RS
Golino A. J., et al. <sup>61</sup>	2019	Impact of an Active Music Therapy Intervention on Intensive Care Patients	No se trata de una RS
Gomez-Romero M., et al. <sup>62</sup>	2017	Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagnosed with dementia: a systematic review	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Gooding Lori F., et al. <sup>63</sup>	2016	Preoperative Music Therapy for Pediatric Ambulatory Surgery Patients: A Retrospective Case Series	No se trata de una RS
Guetin S., et al. <sup>64</sup>	2009	Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study	No se trata de una RS
Jasemi M., et al. <sup>15</sup>	2016	The Effects of Music Therapy on Anxiety and Depression of Cancer Patients	No se trata de una RS
Jiménez Izarra C., et al. <sup>65</sup>	2017	Musicoterapia para el tratamiento de la ansiedad, depresión y somatizaciones Estudio de un caso	No se trata de una RS
John Nisha, et al. <sup>66</sup>	2017	Effectiveness of Music Therapy on Anxiety and Pain among Mothers During First Stage of Labour in Selected Hospitals at Kollam	No se trata de una RS
Kovac M., et al. <sup>67</sup>	2014	Music Interventions for the Treatment of Preoperative Anxiety	No se trata de una RS
Krishnaswamy P., et al. <sup>68</sup>	2016	Effect of Music Therapy on Pain and Anxiety Levels of Cancer Patients: A Pilot Study	No se trata de una RS
Lee J. H., et al. <sup>69</sup>	2016	The Effects of Music on Pain: A Meta-Analysis	No analiza efectos en ansiedad/ depresión/ estrés

AUTORES/AS	AÑO	TÍTULO	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
Lieber A. C., et al. <sup>23</sup>	2019	Effects of music therapy on anxiety and physiologic parameters in angiography: a systematic review and meta-analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Liu J., et al. <sup>70</sup>	2019	The Implication of Music Therapy on the Anxiety of Patients Undergoing Day Surgery with Non-General Anaesthesia	No se trata de una RS
Madson A. T., et al. <sup>71</sup>	2010	The effect of music therapy on relaxation, anxiety, pain perception, and nausea in adult solid organ transplant patients	No se trata de una RS
Mercadal-Brotos M., et al. <sup>72</sup>	2019	Music Therapy for Non-Alzheimer's Disease Dementia: A Systematic Review	No es una RS de ECA o ECC
Millett C. R., et al. <sup>73</sup>	2018	Comparing Active and Passive Distraction-Based Music Therapy Interventions on Preoperative Anxiety in Pediatric Patients and Their Caregivers	No se trata de una RS
Miranda Marcelo C., et al. <sup>74</sup>	2017	La música como una herramienta terapéutica en medicina	No se trata de una RS
Mofredj A., et al. <sup>75</sup>	2016	Music therapy, a review of the potential therapeutic benefits for the critically ill	No se trata de una RS
Morgan K., et al. <sup>76</sup>	2011	A controlled trial investigating the effect of music therapy during an acute psychotic episode	No se trata de una RS
Orjuela Rojas J. M., et al. <sup>77</sup>	2011	Efecto ansiolítico de la musicoterapia: aspectos neurobiológicos y cognoscitivos del procesamiento musical	No es una RS de ECA o ECC
Park Jong Yoen, et al. <sup>78</sup>	2019	Effects of Two Music Therapy Methods on Agitation and Anxiety among Patients Weaning off Mechanical Ventilation: A Pilot Study	No se trata de una RS
Pereira A. P. S., et al. <sup>79</sup>	2019	Music Therapy and Dance as Gait Rehabilitation in Patients With Parkinson Disease: A Review of Evidence	Analiza otro tipo de intervenciones
Preyde M., et al. <sup>80</sup>	2017	Adolescents' Evaluation of Music Therapy in an Inpatient Psychiatric Unit: A Quality Improvement Project	No se trata de una RS
Ramirez R., et al. <sup>81</sup>	2018	EEG-Based Analysis of the Emotional Effect of Music Therapy on Palliative Care Cancer Patients	No se trata de una RS

AUTORES/AS	AÑO	TÍTULO	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
Rodríguez Rodríguez P., et al. <sup>82</sup>	2017	Investigación en musicoterapia sobre la relajación, estado emocional y reducción del dolor en el enfermo oncológico / Research in music therapy on relaxation, emotional states and pain reduction in oncology patients	No se trata de una RS
Sanjuan Navais M., et al. <sup>83</sup>	2013	[Effect of music on anxiety and pain in patients with mechanical ventilation]	No se trata de una RS
Shabanloei R., et al. <sup>84</sup>	2010	Effects of music therapy on pain and anxiety in patients undergoing bone marrow biopsy and aspiration	No se trata de una RS
Thompson S., et al. <sup>85</sup>	2016	The use of group descriptive phenomenology within a mixed methods study to understand the experience of music therapy for women with breast cancer	No es una RS de ECA o ECC
Van der Heijden M. J. E., et al. <sup>86</sup>	2016	Do Hospitalized Premature Infants Benefit from Music Interventions? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Woods B., et al. <sup>87</sup>	2018	Reminiscence therapy for dementia	Analiza otro tipo de intervenciones

## Procedentes de la búsqueda sistemática

AUTORES/AS	AÑO	TÍTULO	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
Abdelhakim A. M., et al. <sup>19</sup>	2019	Effect of music in reducing patient anxiety during colposcopy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Baker F. A., et al. <sup>88</sup>	2018	A systematic review of the efficacy of creative arts therapies in the treatment of adults with PTSD	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Birnie K. A., et al. <sup>89</sup>	2015	Psychological Interventions for Vaccine Injections in Children and Adolescents: Systematic Review of Randomized and Quasi-Randomized Controlled Trials	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Bradt J., et al. <sup>90</sup>	2009	Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients	Es una RS desactualizada
Bradt J., et al. <sup>91</sup>	2010	Music interventions for mechanically ventilated patients	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Bradt J., et al. <sup>92</sup>	2013	Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Bradt J., et al. <sup>20</sup>	2013	Music interventions for preoperative anxiety	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia

AUTORES/AS	AÑO	TÍTULO	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
Bradt J., et al. <sup>92</sup>	2015	Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients	Analiza otro tipo de intervenciones
Bro M. L., et al. <sup>93</sup>	2018	Kind of blue: A systematic review and meta-analysis of music interventions in cancer treatment	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Brown Wilson C., et al. <sup>94</sup>	2019	Nonpharmacological Interventions for Anxiety and Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Chan M. F., et al. <sup>95</sup>	2011	The effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults: a systematic review	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Chlan Linda, et al. <sup>96</sup>	2013	Does music ease pain and anxiety in the critically ill?	No es una RS de ECA o ECC
Chuang C. H., et al. <sup>17</sup>	2019	Music intervention for pain and anxiety management of the primiparous women during labour: A systematic review and meta-analysis	No es una RS de ECA o ECC
Corbijn van Willenswaard K., et al. <sup>18</sup>	2017	Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: a systematic review and meta-analysis	No es una RS de ECA o ECC
Craig J. <sup>97</sup>	2014	Music therapy to reduce agitation in dementia	No es una RS de ECA o ECC
Daykin N., et al. <sup>98</sup>	2018	What works for wellbeing? A systematic review of wellbeing outcomes for music and singing in adults	No es una RS de ECA o ECC
Fu V. X., et al. <sup>99</sup>	2019	The Effect of Perioperative Music on the Stress Response to Surgery: A Meta-analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia

AUTORES/AS	AÑO	TÍTULO	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
Gao Y., et al. <sup>100</sup>	2019	The Effectiveness of Music Therapy for Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
García-Perdomo H. A., et al. <sup>101</sup>	2018	Music to reduce pain and anxiety in cystoscopy: a systematic review and meta-analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Gaviola M. A., et al. <sup>102</sup>	2019	Impact of individualised music listening intervention on persons with dementia: A systematic review of randomised controlled trials	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Geipel J., et al. <sup>103</sup>	2018	Music-based interventions to reduce internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Gooding L., et al. <sup>104</sup>	2012	Using music interventions in perioperative care	No se trata de una RS
Greenlee H., et al. <sup>105</sup>	2017	Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Hole J., et al. <sup>106</sup>	2015	Music as an aid for postoperative recovery in adults: a systematic review and meta-analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia

AUTORES/AS	AÑO	TÍTULO	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
Jayakar J. P., et al. <sup>107</sup>	2017	Music for anxiety reduction in patients undergoing cardiac catheterization: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Kim Y., et al. <sup>108</sup>	2015	Anxiolytic Effects of Music Interventions in Patients Receiving Incenter Hemodialysis: A Systematic Review and Meta-Analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Kuhlmann A. Y. R., et al. <sup>109</sup>	2018	Meta-analysis evaluating music interventions for anxiety and pain in surgery	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Kühlmann A. Y. R., et al. <sup>108</sup>	2016	Systematic review and meta-analysis of music interventions in hypertension treatment: A quest for answers	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Kyriakides R., et al. <sup>111</sup>	2018	Effect of Music on Outpatient Urological Procedures: A Systematic Review and Meta-Analysis from the European Association of Urology Section of Uro-Technology	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Li J., et al. <sup>112</sup>	2017	The effects of music intervention on burn patients during treatment procedures: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Livingston G., et al. <sup>113</sup>	2014	A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia	No es una RS de ECA o ECC

AUTORES/AS	AÑO	TÍTULO	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
Loomba R. S., et al. <sup>114</sup>	2012	Effects of music on systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and heart rate: a meta-analysis	No se trata de una RS
McConnell T., et al. <sup>115</sup>	2016	Music therapy for end-of-life care: An updated systematic review	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Moola S., et al. <sup>116</sup>	2011	Effectiveness of music interventions on dental anxiety in paediatric and adult patients: a systematic review	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Nightingale C. L., et al. <sup>117</sup>	2013	The impact of music interventions on anxiety for adult cancer patients: a meta-analysis and systematic review	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Pedersen S. K. A., et al. <sup>118</sup>	2017	Effects of Music on Agitation in Dementia: A Meta-Analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Puetz T. W., et al. <sup>119</sup>	2013	Effects of creative arts therapies on psychological symptoms and quality of life in patients with cancer	Analiza otro tipo de intervenciones
Ruotsalainen J. H., et al. <sup>120</sup>	2016	Preventing occupational stress in healthcare workers	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia

AUTORES/AS	AÑO	TÍTULO	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
Shanmuganandan A. P., et al. <sup>121</sup>	2017	Does music reduce anxiety and discomfort during flexible sigmoidoscopy? A systematic review and meta-analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Song M., et al. <sup>122</sup>	2018	Music for reducing the anxiety and pain of patients undergoing a biopsy: A meta-analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Steenhuis L. A., et al. <sup>123</sup>	2015	Treating Depressive Symptoms in Psychosis: A Network Meta-Analysis on the Effects of Non-Verbal Therapies	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Stern C. <sup>124</sup>	2013	Music interventions for preoperative anxiety	No se trata de una RS
Tam W. W., et al. <sup>125</sup>	2016	The effect of music during bronchoscopy: A meta-analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Tsoi K. K. F., et al. <sup>126</sup>	2018	Receptive Music Therapy Is More Effective than Interactive Music Therapy to Relieve Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis	Analiza otro tipo de intervenciones
Umbrello M., et al. <sup>127</sup>	2019	Music therapy reduces stress and anxiety in critically ill patients: a systematic review of randomized clinical trials	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia

AUTORES/AS	AÑO	TÍTULO	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
van der Heijden M. J., et al. <sup>128</sup>	2015	The Effects of Perioperative Music Interventions in Pediatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Vetter D., et al. <sup>129</sup>	2015	Effects of Art on Surgical Patients: A Systematic Review and Meta-analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Wade D. F., et al. <sup>130</sup>	2016	Non-pharmacological interventions to reduce ICU-related psychological distress: a systematic review	No es una RS de ECA o ECC
Wall M., et al. <sup>131</sup>	2010	The effects of music therapy for older people with dementia	No se trata de una RS
Wang M. C., et al. <sup>132</sup>	2014	Effect of music in endoscopy procedures: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Wang X., et al. <sup>133</sup>	2018	Effects of Music Intervention on the Physical and Mental Status of Patients with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Watson K., et al. <sup>134</sup>	2012	The efficacy of complementary therapies for agitation among older people in residential care facilities: a systematic review	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia

AUTORES/AS	AÑO	TÍTULO	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
Yang W. J., et al. <sup>135</sup>	2019	The effectiveness of music therapy for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Yinger O. S., et al. <sup>136</sup>	2015	A systematic review of music-based interventions for procedural support	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Yip P., et al. <sup>137</sup>	2015	Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Zapata-Copete J. A., et al. <sup>138</sup>	2019	Role of Music in a Plastic Surgery Setting: A Systematic Review and Meta-analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Zeng Y. S., et al. <sup>139</sup>	2018	Complementary and Alternative Medicine in Hospice and Palliative Care: A Systematic Review	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Zhang J. M., et al. <sup>140</sup>	2012	Music interventions for psychological and physical outcomes in cancer: a systematic review and meta-analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia

## Recuperadas mediante alertas

AUTORES/AS	AÑO	TÍTULO	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
Li Y., et al.	2020	The effectiveness of music therapy for patients with cancer: a systematic review and meta-analysis	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia
Li, C. J., et al.	2019	Music Interventions for Anxiety in Pregnant Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Incluye otras intervenciones con música y no reporta resultados agrupados de musicoterapia

## Anexo 6. Participación de los agentes de interés

Organizaciones que aportaron evidencia científica sobre la eficacia clínica y seguridad de la práctica de Musicoterapia al inicio del proceso de evaluación:

- Fundación Musicoterapia y Salud
- Dirección del Máster en Musicoterapia de la Universidad de Zaragoza

## Anexo 7. Revisión externa

Organizaciones participantes en la revisión externa:

- Asociación Gaditana de Musicoterapia (AGAMUT)
- Asociación Nacional de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales (Cofenat)
- Asociación para la Creatividad, el Arte y la Terapia (Createarte)
- Asociación para Proteger al Enfermo de Terapias Pseudocientíficas (APETP)
- Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya
- Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia (FEAMT)
- Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP)
- Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha contra Enfermedades del Riñón (ALCER)
- Huella Sonora Musicoterapia
- Red de Prevención Sectaria y Abuso de Debilidad (RedUNE)
- Universidad Internacional de La Rioja

