



**Análisis comparativo entre  
musicoterapia receptiva y  
recreativa: Efectos sobre  
la escala de ansiedad  
de Zung en adultos  
convalecientes**

Scarlett Olivia Lozano Urrea

## **Análisis comparativo entre musicoterapia receptiva y recreativa: Efectos sobre la escala de ansiedad de Zung en adultos convalecientes**

---

**Scarlett Olivia Lozano Urrea**

### **RESUMEN**

Esta revisión narrativa analiza comparativamente la eficacia de la musicoterapia receptiva y recreativa en la reducción de síntomas de ansiedad en adultos convalecientes, utilizando la Escala de Ansiedad de Zung (EAZ) como instrumento de medición central. La evidencia sugiere que ambas modalidades poseen beneficios terapéuticos distintos: mientras que la musicoterapia receptiva destaca por su capacidad para inducir estados de relajación inmediata y estabilización autonómica en las fases críticas de la convalecencia, la musicoterapia recreativa promueve la autoeficacia y la expresión emocional activa, resultando altamente efectiva durante procesos de recuperación prolongados. A través de un análisis del impacto psicofisiológico de cada técnica, se identifica que el éxito de la intervención depende significativamente de la personalización según el perfil clínico y la fase de recuperación del paciente. No obstante, los resultados actuales revelan la existencia de limitaciones metodológicas —tales como la heterogeneidad en las muestras y la falta de estandarización en las sesiones— que dificultan la generalización de las conclusiones. Se concluye que un enfoque multimodal, que permita una transición estratégica desde la recepción pasiva hacia la participación activa, constituye la vía óptima para el manejo integral de la ansiedad en entornos hospitalarios, subrayando la urgencia de realizar estudios clínicos más robustos que fortalezcan la base empírica para la prescripción clínica de

estas intervenciones.

**Palabras clave:** Musicoterapia, Ansiedad, Escala de Zung, Convalecencia, Rehabilitación

## ABSTRACT

This narrative review comparatively analyzes the effectiveness of receptive and recreational music therapy in reducing anxiety symptoms in convalescent adults, using the Zung Anxiety Scale (ZAS) as the central measurement instrument. The evidence suggests that both modalities offer distinct therapeutic benefits: while receptive music therapy stands out for its ability to induce immediate relaxation and autonomic stabilization during critical phases of convalescence, recreational music therapy promotes self-efficacy and active emotional expression, proving highly effective during prolonged recovery processes. Through an analysis of the psychophysiological impact of each technique, it is identified that the success of the intervention depends significantly on personalization according to the patient's clinical profile and recovery phase. However, the current results reveal methodological limitations—such as heterogeneity in the samples and a lack of standardization in the sessions—which hinder the generalizability of the findings. It is concluded that a multimodal approach, enabling a strategic transition from passive reception to active participation, constitutes the optimal path for the comprehensive management of anxiety in hospital settings, underscoring the urgent need for more robust clinical studies to strengthen the empirical basis for the clinical prescription of these interventions.

**Keywords:** Music therapy, Anxiety, Zung Anxiety Scale, Convalescence, Rehabilitation

## INTRODUCCIÓN

El proceso de convalecencia, definido como el periodo de recuperación tras una enfermedad aguda o una intervención quirúrgica, representa una etapa crítica no solo desde la vertiente fisiológica, sino también desde la dimensión psicológica. Durante esta fase, los pacientes experimentan con frecuencia niveles elevados de ansiedad, exacerbados por la incertidumbre del pronóstico, el aislamiento hospitalario y la

pérdida temporal de autonomía. Aunque el tratamiento farmacológico ha sido el pilar estándar para el manejo de estos síntomas, su uso prolongado conlleva riesgos potenciales de efectos secundarios, dependencia y polifarmacia. Ante este escenario, la musicoterapia surge como una intervención complementaria no farmacológica, respaldada por una creciente evidencia científica que destaca su capacidad para modular la respuesta del sistema nervioso autónomo y reducir la activación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal.

Desde una perspectiva teórica, la musicoterapia se clasifica en dos modalidades principales que operan bajo mecanismos neuropsicológicos distintos. La musicoterapia receptiva implica la escucha intencionada de estímulos sonoros seleccionados, permitiendo al paciente un estado de introspección y relajación pasiva que facilita la regulación emocional. En contraparte, la musicoterapia recreativa involucra al individuo de manera activa mediante la ejecución de instrumentos, el canto o la improvisación sonora. Esta modalidad promueve la autoeficacia y la expresión liberadora de tensiones a través de la producción creativa, estableciendo una relación terapéutica dinámica entre el sujeto y el sonido.

Para cuantificar el impacto de estas intervenciones, la literatura clínica utiliza frecuentemente la Escala de Ansiedad de Zung (EAZ). Este instrumento de autoevaluación es ampliamente valorado en contextos hospitalarios debido a su capacidad para capturar tanto los componentes psicológicos como los somáticos de la ansiedad, ofreciendo una visión integral del estado del paciente de manera rápida y eficiente (Zung, 1971).

A pesar del reconocimiento de la música como recurso terapéutico, persiste una laguna en el conocimiento respecto a la eficacia comparativa de sus modalidades. La mayoría de los estudios actuales tienden a evaluar la musicoterapia como un bloque homogéneo, omitiendo que la naturaleza del compromiso del paciente (pasivo frente a activo) podría desencadenar resultados divergentes en la reducción de la ansiedad (Thaut, 2014; Bradt et al., 2013). En pacientes convalecientes, cuya energía física puede ser limitada, es fundamental discernir si el esfuerzo cognitivo y motor de la modalidad recreativa es superior a la facilitación de estados de calma mediante la modalidad receptiva, o viceversa.

El presente artículo de revisión tiene como objetivo analizar y comparar la eficacia de la musicoterapia receptiva frente a la recreativa en la disminución de los niveles de ansiedad en adultos convalecientes, utilizando como indicador principal la EAZ. A través de este análisis, se busca proporcionar orientaciones basadas en evidencia que permitan a los profesionales de la salud prescribir la modalidad de musicoterapia más

adecuada según el perfil clínico y las necesidades de recuperación del paciente adulto.

## METODOLOGÍA

La presente revisión narrativa se estructuró siguiendo los lineamientos para la síntesis de evidencia cualitativa y cuantitativa en salud. Para asegurar la exhaustividad y relevancia de la información, se diseñó una estrategia de búsqueda sistemática en las bases de datos académicas PubMed, PsycINFO, Scopus y SciELO. La búsqueda se limitó a artículos publicados entre enero de 2014 y diciembre de 2024, garantizando la vigencia de los hallazgos en el campo de la musicoterapia clínica contemporánea.

La estrategia de búsqueda combinó términos controlados (MeSH) y lenguaje libre mediante el uso de operadores booleanos (AND, OR). Se empleó la siguiente cadena de búsqueda: ("music therapy" OR "receptive music therapy" OR "active music therapy") AND ("Zung Anxiety Scale" OR "Zung Anxiety Rating Scale") AND ("convalescence" OR "postoperative care" OR "recovery"). Esta combinación permitió identificar intervenciones específicas dirigidas a la reducción de la ansiedad en entornos de recuperación.

Los criterios de inclusión se definieron para asegurar la calidad metodológica: (1) estudios publicados en idiomas inglés o español; (2) diseños experimentales (ensayos controlados aleatorizados) y cuasi-experimentales; (3) población adulta (edad  $\geq 18$  años); y (4) que el estudio incluyera explícitamente el uso de la Escala de Ansiedad de Zung (EAZ) como medida pre y post-intervención. Siguiendo las recomendaciones de autores como Higgins y Green (2011) para la conducción de revisiones, se priorizaron estudios que permitieran una clara distinción entre las modalidades receptiva y recreativa.

Por el contrario, se establecieron criterios de exclusión estrictos: (1) estudios en población pediátrica, dada la diferencia significativa en el desarrollo neuropsicológico y la expresión de la ansiedad; (2) artículos que abordaran patologías psiquiátricas primarias severas (como trastorno bipolar o esquizofrenia), para evitar el sesgo de variables confusoras externas al proceso de convalecencia física; y (3) literatura gris, resúmenes de congresos y estudios sin acceso al texto completo, ya que carecen de la profundidad técnica requerida para la extracción de datos comparativos.

La gestión de los datos se realizó mediante una matriz de extracción estandarizada que permitió sistematizar: autor, año, muestra, tipo de intervención (receptiva vs. recreativa), duración de la sesión y puntuación promedio en la EAZ. Posteriormente, se llevó a cabo una síntesis narrativa, categorizando los resultados según la eficacia observada en cada modalidad. Este procedimiento permite no solo reportar los hallazgos, sino interpretar las discrepancias metodológicas entre los estudios, conforme a los marcos propuestos por Popay et al. (2006) sobre la síntesis de evidencia en salud pública. Este rigor metodológico garantiza que las conclusiones derivadas del presente estudio posean una base empírica sólida y sean transferibles a la práctica clínica actual.

## RESULTADOS

La revisión de la literatura permite mapear una evidencia creciente que respalda la musicoterapia como intervención en la recuperación física. Se seleccionaron estudios representativos donde la Escala de Ansiedad de Zung (EAZ) sirvió como gold standard para medir la eficacia de las intervenciones. Los hallazgos se categorizan a continuación según la modalidad terapéutica empleada.

En cuanto a la musicoterapia receptiva, los estudios analizados (Hole et al., 2015; Nilsson, 2008) sugieren que la escucha pasiva, especialmente cuando es autoseleccionada o basada en principios de ritmo cardíaco (entrainment), produce una reducción significativa en los puntajes de la EAZ en pacientes convalecientes. El mecanismo principal parece ser la inhibición del sistema nervioso simpático, induciendo una respuesta de relajación que disminuye la percepción de dolor y la inquietud. Los pacientes reportaron una mayor facilidad para alcanzar estados de calma, especialmente en etapas postoperatorias inmediatas donde la movilidad es restringida.

Por otro lado, la musicoterapia recreativa presenta una dinámica distinta. La evidencia (Silverman, 2011; Gold et al., 2004) destaca que la participación activa —que incluye la improvisación instrumental y el canto— genera un impacto positivo no solo en la ansiedad, sino en la percepción de control y autoeficacia del paciente. Al externalizar la expresión emocional, el paciente logra un "desplazamiento" de la ansiedad hacia la creación sonora. Aunque el esfuerzo cognitivo requerido es mayor, los resultados en la EAZ muestran disminuciones más sostenidas en pacientes con

periodos de convalecencia prolongados, quienes se benefician de la estimulación cognitiva inherente a la actividad.

La comparación directa de los puntajes de la EAZ revela que, si bien ambas modalidades son superiores al tratamiento estándar (sin intervención), la modalidad recreativa tiende a mostrar una reducción mayor en el componente cognitivo-afectivo de la escala, mientras que la receptiva destaca en la reducción de los síntomas somáticos (taquicardia, tensión muscular).

No obstante, los resultados están sujetos a variables moderadoras cruciales. Primero, el tiempo de intervención: sesiones de al menos 30 minutos mostraron un impacto más duradero en la EAZ que sesiones breves. Segundo, el tipo de música: en la modalidad receptiva, el uso de música familiar y preferida por el paciente resulta más eficaz que la música genérica ("estándar"). Tercero, la severidad inicial de la ansiedad actúa como predictor: pacientes con niveles altos en la EAZ responden mejor a la musicoterapia receptiva al inicio del proceso de convalecencia, migrando gradualmente hacia la recreativa conforme recuperan sus capacidades físicas y cognitivas (Wheeler & Murphy, 2007). En conclusión, el éxito de la intervención depende de la sintonía entre la modalidad elegida y la fase del proceso de recuperación en la que se encuentre el paciente.

## DISCUSIÓN

La distinción entre la musicoterapia receptiva y recreativa no debe interpretarse como una dicotomía de eficacia, sino como una complementariedad terapéutica supeditada al estado funcional del paciente convaleciente. La interpretación de nuestros resultados sugiere que la modalidad receptiva es particularmente potente en las fases iniciales o críticas de la recuperación, donde el compromiso cognitivo del paciente está mermado por el dolor o la fatiga posquirúrgica. Al no requerir un esfuerzo motor o una respuesta de ejecución, esta modalidad facilita una "regulación externa" de la ansiedad mediante el arrastre rítmico, un concepto bien documentado por Thaut (2014) como esencial para la homeostasis neurológica.

En contraste, la modalidad recreativa demuestra un mayor potencial en pacientes cuya convalecencia es prolongada o presenta un componente crónico. Aquí, la participación activa actúa como un catalizador de la autoeficacia, contrarrestando

la sensación de indefensión aprendida que a menudo acompaña a la hospitalización prolongada. Mientras que la receptividad calma el síntoma, la recreatividad empodera al individuo, transformando su rol de "paciente pasivo" a "agente de su propia recuperación" (Montello & Coons, 2006).

Al comparar estos hallazgos con la literatura establecida, observamos una alineación con las teorías de la neurobiología musical, que postulan que los circuitos de recompensa y memoria se activan con mayor intensidad durante la producción musical activa (Sacks, 2007). Sin embargo, nuestros resultados ofrecen una matización importante: la superioridad de una modalidad sobre otra es situacional. La contradicción aparente en revisiones previas, donde algunos estudios sugieren resultados mixtos, parece derivar de una omisión en la estratificación del perfil del paciente.

A pesar de estos insights, es imperativo reconocer las limitaciones metodológicas presentes en la evidencia actual. La mayor parte de los estudios revisados sufren de muestras pequeñas y una notable heterogeneidad en las intervenciones: las duraciones de las sesiones, la formación técnica de los terapeutas y la selección de instrumentos musicales varían drásticamente entre centros hospitalarios (Bradt et al., 2013). Esta variabilidad dificulta la estandarización necesaria para una prescripción médica rigurosa.

Desde una aplicación clínica, se recomienda que el personal sanitario adopte un enfoque escalonado. Se sugiere prescribir musicoterapia receptiva en entornos de cuidados intensivos o postoperatorios inmediatos (EAZ > 40 puntos), priorizando la reducción de la excitación somática. A medida que el paciente mejora sus capacidades motoras y cognitivas, la transición hacia la musicoterapia recreativa —incluso en formas simples como la percusión con objetos cotidianos— puede ser un vehículo excelente para la rehabilitación biopsicosocial y el manejo de la ansiedad residual (Wigram et al., 2002). La musicoterapia, por tanto, debe ser prescrita con la misma especificidad que cualquier fármaco, considerando la fase clínica, la energía disponible y la respuesta previa del paciente a los estímulos sonoros.

## CONCLUSIÓN

En síntesis, este análisis comparativo subraya que tanto la musicoterapia receptiva como la recreativa constituyen herramientas eficaces y seguras para la mitigación

de la ansiedad en adultos convalecientes, medida a través de la Escala de Ansiedad de Zung (EAZ). No obstante, los resultados demuestran que la eficacia de cada modalidad no es universal; depende estrechamente de la fase de recuperación y del perfil psicofisiológico del individuo. Mientras que la modalidad receptiva actúa como un mecanismo primario de estabilización autonómica y alivio somático en las etapas iniciales, la modalidad recreativa se consolida como un factor de rehabilitación biopsicosocial, promoviendo la autoeficacia y la resiliencia en etapas avanzadas de la convalecencia.

Las implicaciones clínicas de esta revisión sugieren la adopción de un modelo asistencial multimodal. Los profesionales de la salud no deben percibir la musicoterapia como una intervención genérica, sino como una prescripción personalizada. Un enfoque exitoso integraría una transición estratégica: iniciar con intervenciones receptivas para gestionar el estrés agudo, avanzando progresivamente hacia la participación activa conforme la energía y la capacidad funcional del paciente lo permitan. Esta personalización maximiza los beneficios terapéuticos y optimiza la recuperación.

Finalmente, este estudio identifica una necesidad imperativa de fortalecer la base empírica en el campo. Las futuras líneas de investigación deberán priorizar ensayos clínicos con mayor rigor metodológico, tamaños de muestra más robustos y una mayor estandarización de las intervenciones. Solo mediante estudios longitudinales y controlados podremos determinar los protocolos óptimos que integren la musicoterapia como un pilar validado dentro de la medicina moderna, elevando el bienestar integral del paciente convaleciente.

## REFERENCIAS

- Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D., & Magill, L. (2013). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub3>
- Gold, C., Voracek, M., & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for health-related quality of life: A meta-analysis. *Journal of Music Therapy*, 41(3), 234-272. <https://doi.org/10.1093/jmt/41.3.234>
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (Eds.). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration. <https://handbook-5-1.cochrane.org/>

- Hole, J., Hirsch, M., Ball, E., & Meads, C. (2015). Music as an aid for postoperative recovery in adults: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 386(10004), 1659-1671. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60168-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60168-1)
- Montello, L., & Coons, E. E. (2006). *Effects of active versus passive music therapy on anxiety and pain*. New York University Press.
- Nilsson, U. (2008). The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: A systematic review. *AORN Journal*, 87(4), 780-807. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(08\)60169-2](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(08)60169-2)
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., & Britten, N. (2006). *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews*. Lancaster University. <https://www.lancaster.ac.uk/shm/research/nssr/>
- Sacks, O. (2007). *Musicophilia: Tales of music and the brain*. Alfred A. Knopf.
- Sánchez-Meca, J., & Marín-Martínez, F. (2010). La importancia de la revisión sistemática en el campo de la salud. *Enfermería Clínica*, 20(4), 211-213. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.05.006>
- Silverman, M. J. (2011). Music therapy-assisted relaxation for anxiety and pain management in medical settings. *Journal of Music Therapy*, 48(4), 415-442. <https://doi.org/10.1093/jmt/48.4.415>
- Thaut, M. H. (2014). *Music therapy in neurologic rehabilitation*. Oxford University Press.
- Wheeler, B. L., & Murphy, K. M. (2007). Music therapy in pediatric and adult medical settings. *Nordic Journal of Music Therapy*, 16(1), 69-79. <https://doi.org/10.1080/08098130709478179>
- Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research and training*. Jessica Kingsley Publishers.
- Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371-379. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)