



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología de la Salud

La Ansiedad en Músicos Solistas de Concierto

Investigación Documental

Tesina

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Melesio Marcos Rivera Juárez

Directora:

Mtra. Aglae Vaquera Méndez

Dictaminadores:

Lic. Carlos Prado Romero

Mtro. Iván Enrique Picazo Martínez

Suplentes:

Mtra. Christian Sandoval Espinoza

Dra. Adriana Irene Hernández Gómez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México,
Diciembre de 2021

Melesio Marcos Rivera Juárez



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Índice.....	2
Introducción.....	4
Capítulo 1. La Psicología de la Salud.....	8
Antecedentes.....	14
Necesidad de la Psicología de la Salud.....	15
Objetivo de intervención de la Psicología de la Salud.....	16
Áreas de aplicación de la psicología de la salud.....	17
La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.....	18
El diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.....	19
Mejora del sistema de cuidado de la salud.....	20
Delimitación de la Psicología de la Salud.....	22
Modelos teóricos en Psicología de la Salud.....	24
Capítulo 2. La Ansiedad.....	27
Datos sobre el trastorno de ansiedad.....	28
Diferencias por sexo en la depresión y la ansiedad:.....	31
Capítulo 3. Psicología de la Música.....	32
Ámbitos de investigación y aplicación de la Psicología de la Música.....	34
Ansiedad escénica en los músicos de concierto.....	35
Metodología.....	37
Conclusiones.....	37
Capítulo 4. Propuesta de Investigación.....	41
Método.....	41
Pregunta de investigación.....	41
Objetivo general.....	41
Objetivos específicos:.....	41
Tipo de investigación.....	42
Diseño de investigación:.....	42
Selección de la muestra.....	42
Participantes.....	42

Melesio Marcos Rivera Juárez

Criterios de inclusión.....	43
Criterios de exclusión.....	43
Escenario.....	43
Definición de Variables	44
Instrumentos.....	44
Procedimiento.....	45
Análisis de Datos	46
Capítulo 5. Propuesta deTaller.....	47
Procedimiento:	47
Programa de Actividades	47
Programación del Taller	50
Anexos	51
Consentimiento Informado	52
Autorización	53
Cuestionario de Datos Personales.....	54
Kenny Music Performance Anxiety Inventory (K-MPAI) y formulario de puntuación	56
Inventario de Ansiedad de Beck	63
Referencias Bibliográficas	66

Introducción

Entre los músicos, sobre todo los que se especializan en la música clásica o música de concierto, existe una problemática que no es evidente pero que sin embargo es muy común, llegando a veces a paralizar al músico y detener su ejecución, y esta problemática es la ansiedad escénica. Los intérpretes, al saber que estarán expuestos ante un público y que podrían equivocarse u olvidar toda o parte de la obra, llegan a experimentar nerviosismo, ansiedad, estrés y miedo (que puede llegar hasta el terror), siendo esto determinante en la ansiedad escénica.

Para Salmon (1990), la ansiedad escénica “es la experiencia de angustia que aminora las habilidades en un contexto público”. Ésta la ha padecido el músico a lo largo de la historia, e incluso grandes músicos la han llegado a experimentar (Kenny, 2011, en Román, K. P. P. 2017). Muy pocos músicos, después de haber tenido estas terribles experiencias en presentaciones, recitales o conciertos, se han acercado a psicólogos para plantear que padecen tal vez una fobia, después de haber tenido estas terribles experiencias en presentaciones, recitales y/o conciertos (Dalia, 2019).

Sin embargo, la gran mayoría –dentro del ambiente musical– no ha pensado en la posibilidad de que esta situación sea algo que pueda ser atendido por la psicología, siendo que es ésta la que se ha encargado de estudiar la ansiedad escénica. Pero aún algunos psicólogos a los que han acudido estos músicos, es muy probable que se encuentren un poco sorprendidos y desorientados, ya que en México se han hecho pocas investigaciones que aborden esta problemática, por lo que es muy importante difundir entre los músicos y los psicólogos este tema.

No obstante, ha habido algunos estudios desde el punto de vista científico hacia el artista, en el tema de la personalidad. La personalidad del artista y en particular la del músico es muy peculiar, y siempre ha sido vista por la mayoría de la gente con interés y curiosidad, atribuyéndole a ello generalmente, una gran dosis de temperamento y sensibilidad. Pero también en el ámbito de la ciencia, Cirujeda (2015) en Suárez (2018), afirma que resulta interesante y atractivo para los investigadores conocer la personalidad del artista desde el punto de vista científico, ya que ésta casi siempre es característica de comportamientos extravagantes y excéntricos, provocando esa curiosidad científica.

En este sentido, existen muchas teorías de la personalidad, como las teorías psicodinámicas, las humanístico-existenciales, y las de la psicología cognitiva. Como en muchas áreas del conocimiento, no existe una única definición, pero para abreviar un poco se darán las que se consideran más importantes: Cattell (1950), uno de los primeros investigadores de la personalidad, es quien señala que ésta, “se halla constituida de rasgos y particularidades parcialmente estables del comportamiento del individuo y que se manifiestan en diferentes situaciones”.

Por su parte Laak (1996), afirma que la personalidad “puede describirse como un grupo de componentes que configuran un sistema, en el que los rasgos o las disposiciones son un conglomerado de componentes para explicar diferencias individuales”. Finalmente, González (2019), afirma que “la personalidad se puede definir como la estructura dinámica que tiene un individuo en particular; se compone de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales”. Esto nos permite observar que la personalidad es una peculiaridad individual, que nos permite ser únicos en el entorno.

Asimismo, González (2019), indica que la personalidad tiene dos componentes esenciales: el temperamento y el carácter. El primero es innato (explosivo, tranquilo, introvertido o extrovertido), y determinará en la personalidad características emocionales, de comportamiento y de cognición; el segundo es producto de lo aprendido en el entorno: en la familia, los amigos, la escuela, etcétera, influyendo en ello las normas sociales, el comportamiento en casa, y el lenguaje, entre otros elementos.

El músico como todo ser humano, tiene estos componentes, pero como artista, exagera las características emocionales; su temperamento es generalmente explosivo, extrovertido y su carácter, que se va construyendo, destaca más lo emocional y lo cognitivo. Gómez (2019), realizó una investigación para medir la autoestima, autoeficacia, optimismo y tolerancia a la frustración mediante la medición de unas escalas (Olivia et al., 2011), con 15 adolescentes músicos y 15 no músicos; se obtuvo como resultado que los adolescentes músicos tuvieron niveles más altos de autoestima, autoeficacia y tolerancia a la frustración que los adolescentes no músicos, sin embargo, estos últimos presentaron niveles más altos a ser más optimistas que los músicos.

Se ha hecho hasta aquí, solo un esbozo de la relación que tiene la personalidad del músico con la ansiedad escénica, ya que las características de su personalidad definitivamente influyen en ella, sin embargo éste no es el propósito central de este trabajo. En una investigación previa, que se centra en la correlación de la personalidad del artista (incluyendo al músico) con la ansiedad escénica realizado por Suárez (2018), se concluyó que sí existe relación entre la ansiedad escénica y los rasgos de personalidad en artistas mayores de 18 años.

La ansiedad escénica es una conducta que se aprende, por lo que también se puede desaprender. Así que este es el tema del cual este trabajo se ocupará, partiendo del análisis de la ansiedad como área de estudio de la Psicología de la salud, para después analizar cuál es su relación con la música en lo que se refiere al pánico escénico –o ansiedad escénica– de los intérpretes. Por lo tanto, el propósito central de este trabajo es ofrecer una sugerencia de intervención, proponiendo una investigación y un taller con estudiantes de Nivel Básico (o Propedéutico) y Licenciatura, de una escuela profesional de música en la Ciudad de México, como la Facultad de Música de la UNAM, el Conservatorio Nacional de Música o la Escuela Superior de Música, para comprobar si hay una disminución y solución, en cuanto a los problemas físicos, mentales y emocionales que son característicos en la ansiedad escénica.

Todo este estudio, como ya se mencionó, será desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, la cual estudia uno de los trastornos que es de gran relevancia en México y en el mundo: la ansiedad. Se examinará más adelante la Psicología de la Música, la cual dentro de sus áreas de aplicación aborda el tema central de este trabajo: la ansiedad escénica.

Capítulo 1. La Psicología de la Salud.

La Psicología, como otras grandes áreas del conocimiento universal, no tiene una sola definición, sino por el contrario, ha tenido muchas definiciones a lo largo de su historia, haciendo énfasis en que estudia la parte interna e intangible del ser humano –tanto lo cognitivo como lo emocional–, así como lo que se manifiesta en su comportamiento y éste en su entorno social. Podríamos decir que todas las definiciones son válidas, ya que ellas han tenido un contexto y un objetivo importante y cada una ha sido destacada en ese momento de la historia. Tratar de dar una definición en la actualidad de lo que es la Psicología, es un problema más complejo de lo que parece, por lo que aquí se verán solo algunas definiciones, haciendo énfasis en las más recientes, y en cómo cambió este concepto a través de la historia.

Una de las más recientes es la de Sos (2015), quien dice que “la psicología es una disciplina del conocimiento dedicada a la producción de ideas, instrumentos, métodos y procedimientos de acción e intervención, que tratan sobre lo psicológico y sobre los fenómenos del comportamiento y la experiencia humana. Intenta explicar el comportamiento en sentido integral y en sus diferentes contextos, para predecir y controlar la conducta del sujeto”. Podríamos añadir que, así como analiza los procesos del comportamiento, también analiza los procesos mentales y como éstos interactúan en un ambiente social. Esto es porque en la Psicología existen muchos enfoques y métodos que contemplan tres dimensiones: lo cognitivo, lo emocional y lo social, como la disciplina que se verá más adelante (la Psicología de la salud) la cual tiene un planteamiento biopsicosocial. De esta manera, la Psicología ha sido considerada como Ciencia Natural, Ciencia Social y de Medición (Villareal y Avendaño, 2012).

En sus orígenes, la Psicología tiene sus antecedentes en la Filosofía, la Fisiología y la Física. En la Filosofía, desde presocráticos como Parménides y Empédocles (ambos entre 530 a 515 a.C. aprox.), quienes iniciarían las dos perspectivas que en general han acompañado a la Psicología y otras áreas del conocimiento a través de la historia: el **Racionalismo** y el **Empirismo**. Pero los antecedentes en Psicología fueron abordados más ampliamente por Platón (428 a 374 a.C.) y Aristóteles (384 A 322 a.C.), quienes reflexionaron de manera crítica en los conceptos del ser o del alma y de la interacción de ésta con el mundo.

Más adelante, entre los siglos XVII y XVIII (aproximadamente entre 1546 a 1836), influyen en la Psicología los conceptos señalados anteriormente de una manera más específica: el **Empirismo**, “que parte de que todo conocimiento procede de la experiencia, de nuestros sentidos, y se va formando por medio del método inductivo, yendo de lo particular a lo general” (Villareal y Avendaño, 2012), y que sus máximos representantes son Francis Bacon, Thomas Hobbes, John Locke y David Hume; y por otro lado el **Racionalismo**, del cual puede decirse que “su tesis central es la primacía de la razón o del pensamiento racional, sea como prueba de existencia o como guía de las decisiones y acciones de la persona” (Villareal y Avendaño, 2012), éste concepto fue más desarrollado por René Descartes, Baruch de Spinoza, Gottfried W. Leibniz y George Berkeley.

Siguiendo con la tradición filosófica que ha influido y determinado en la Psicología, está el **Asociacionismo**, del cual Villareal y Avendaño (2012), nos dan la siguiente definición: “De acuerdo con esta escuela del pensamiento, el conocimiento se obtiene por medio de la asociación de ideas o de las representaciones mentales de nuestras experiencias” sobresalen en esta escuela: Thomas Hobbes, John Locke, David Hume, David Hartley y James Mill; el

Apriorismo, que “parte de que las personas tienen un conocimiento previo, incluso innato, de la realidad” (Villareal y Avendaño, 2012), escuela de conocimiento donde destaca: Gottfried W. y Leibniz; y finalmente el **Positivismo**, que “se enfoca sólo en los hechos y en sus leyes, sin buscar las causas o principios de las sustancias” (ibid.), destacan: Augusto Comte, Emile Littré, Pierre Lafitte, John Stuart Mill, Frederic Harrison, y John Dewey (quien vivió hasta el siglo XX).

En cuanto a la Fisiología, tenemos el **Mecanicismo**, según el cual –y siguiendo con Villareal y Avendaño (2012)–, nos dicen que esta área del conocimiento, destaca lo siguiente: “incluso las personas pueden ser comprendidas como máquinas físicas, y su comportamiento explicado conforme a las leyes de la mecánica y la hidráulica”, concepto desarrollado por René Descartes, John Dewey, J. de La Mettrie, Paul-Henri Thiry y George Santayana.

En lo que respecta a la influencia de la Física en los orígenes de la Psicología, se encuentra la **Óptica**, “...de los sentidos, el que se considera de mayor influencia en el ser humano es la visión, ya que nos proporciona información muy amplia y detallada de nuestro entorno y de uno mismo, a distancia” (ibid.). En esta área, realizaron diferentes experimentos: Berkeley, Thomas Young y Hermann von Helmholtz, quienes buscaban relacionar los eventos físicos con la mente. Por otro lado, la **Psicofísica**, donde E. H. Weber y G. Fechner buscaban identificar la relación entre los eventos físicos y la mente, investigando cómo la magnitud y otras características de estímulos externos a la persona, son percibidos por ésta (ibid.). Más adelante aparece el **Evolucionismo** con Charles Darwin y Francis Galton, quien inicia la medición en Psicología.

Podemos decir que la Psicología como ciencia, puede ser vista como Ciencia Natural y como Ciencia Social. El inicio de la Psicología como Ciencia Natural, tiene sus orígenes en el

siglo XIX con la Psicobiología, la cual inicia con la Reflexología rusa, donde destacan Ivan Sechenov (1822-1905), Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936) y Vladimir Bechterev (1857-1927).

El inicio de la Psicología como una ciencia independiente emancipada de la Filosofía, la Fisiología y la Física, es atribuido a Wilhelm Wundt (1832-1920), quien tuvo a su cargo el primer laboratorio de Psicología experimental de la historia, en la Universidad de Leipzig en 1879, y al irse desarrollando la psicología como ciencia, se contó con las aportaciones de Edward Bradford Titchener (1867-1927) y quienes más adelante desarrollaron la Psicología experimental: Hermann Ebbinghaus (1850-1909) y Alfred Binet (1857-1910), enfocándose este último más en la medición.

Wundt consideraba que la Psicología requería tres subdivisiones, y que una de ellas debía ser dedicada al estudio de aspectos sociales y culturales (Hothersall, 1997). Así que también Wundt le da a la psicología esa perspectiva de Ciencia Social, contando para ello con el aporte de Franz Brentano (1838-1917), quien propuso una psicología más empirista.

También en el siglo XIX surge el **Psicoanálisis** con Sigmund Freud (1856-1939), quien se basó en las teorías de Joseph Brauer (1842-1925). Freud propone el aparato psíquico y el estudio del inconsciente, donde existe un nivel mental más profundo que reprime los instintos. Tomando como base el Psicoanálisis y como parte de su desarrollo, surge más adelante la **Psicología profunda**, por Alfred Adler (1870-1937), Carl Gustav Jung (1875-1961) y Pierre Janet (1859-1947).

En ese mismo siglo en los Estados Unidos, basándose en los fundamentos de Titchener, John Dewey y Edward Thorndike (1874-1949), surge el **Conductismo** con John Broadus Watson (1878-1958), quien afirma que la conducta es lo único observable y es lo que se puede

medir así como también predecir, destacando el estímulo-respuesta; más tarde, el conductismo es desarrollado por Burrhus Frederic Skinner (1904-1990), quien desarrolla un conductismo más radical y experimental, y propone técnicas de modificación de la conducta donde destaca el reforzamiento, surgiendo así el condicionamiento operante entre algunas de sus aportaciones. Su trabajo contribuyó extraordinariamente –entre muchas otras áreas– al aprendizaje y a la comunicación social.

A principios del siglo XX, surge otra perspectiva en Alemania, llamada **Psicología Gestalt**, destacando que “el todo es más que la suma de sus partes” estudiando la conducta humana como un todo indivisible, donde se organizan y ordenan estímulos externos. Esta teoría es creada por Max Wertheimer (1880-1943) y desarrollada por Wolfgang Kôler (1887-1957) y Kurt Koffka (1886-1941).

Hacia mediados del siglo XX, surge la **Psicología Cognitiva**, teniendo gran importancia en el aprendizaje donde surgieron diferentes teorías, tales como: el “Aprendizaje por descubrimiento”, de Jerome Bruner (1915-1941); el “Aprendizaje Significativo”, de David Ausubel (1918-2008); los “Niveles de Aprendizaje”, de Robert Gagné (1916-2002); el “Desarrollo intelectual por etapas”, de Jean Piaget (1896-1980); y el “Desarrollo Cognitivo a través de la interacción social”, de Lev Vigotsky (1896-1934). También existe una propuesta de la teoría **Psicosocial** propuesta por Erik Erikson (1902-1994), y que es reforzada por las teorías de Lev Vigotsky y Albert Bandura (1925-2021). Éste último, propone en su teoría del aprendizaje, que éste es un proceso cognitivo que debe ser estudiado en un ambiente social.

En la actualidad, la American Psychological Association (APA), en su diccionario (2018), señala que “La Psicología es el estudio de la mente y el comportamiento. Históricamente, la

psicología fue un área dentro de la filosofía y surgió de ella (ver epistemología). Ahora es una disciplina científica diversa que comprende varias ramas importantes de investigación (por ejemplo, experimental, biológica, cognitiva, del desarrollo de la vida y la personalidad, social), así como varias subáreas de investigación y psicología aplicada (por ejemplo, clínica, industrial/organizacional, escolar); factores educativos, factores humanos, salud, neuropsicología, transcultural).

“La investigación en psicología implica observación, experimentación, prueba y análisis para explorar los procesos o estímulos biológicos, cognitivos, emocionales, personales y sociales que subyacen al comportamiento humano y animal. La práctica de la psicología implica el uso del conocimiento psicológico para cualquiera de varios propósitos: comprender y tratar la disfunción mental, emocional, física y social; para comprender y mejorar el comportamiento en diversos entornos de la actividad humana (por ejemplo, escuela, lugar de trabajo, sala de audiencias, estadio deportivo, campo de batalla), y mejorar el diseño de máquinas y edificios para uso humano”.

Por su parte la OMS, quien no tiene una definición precisa de Psicología, sino que más bien se refiere sobre todo a la salud mental, nos dice que ésta es: “Un estado de bienestar mental y psicológico. Determina que su objetivo es mejorar la salud mental de las personas y de la sociedad en conjunto, fomentando el bienestar mental, previniendo trastornos mentales y protegiendo los derechos humanos”.

Actualmente se le puede definir de manera concisa y breve de la siguiente manera: “La psicología es el estudio de los procesos mentales y del comportamiento en un entorno social” (Cosacov, 2005). Y se podría añadir que, aparte de que es la ciencia que estudia la conducta y

los procesos mentales, trata de describir y explicar todos los aspectos del pensamiento, de los sentimientos, de las percepciones y de las acciones humanas, utilizando el método científico para tales descripciones y explicaciones; que estudia la conducta y los procesos mentales en relación con su entorno, es decir, en una dimensión de lo individual a lo social.

Antecedentes de la Psicología de la Salud.

El problema de salud-enfermedad tiene miles de años, y desde la antigüedad se ha tratado este asunto con los conocimientos y el desarrollo de ese momento. En algunas culturas antiguas se le atribuía a la enfermedad causas espirituales negativas, así como también se le atribuía a su curación remedios ritualísticos, espirituales y divinos. Lo que es importante destacar, es que la enfermedad desde un principio fue considerada como el resultado de una invasión de agentes externos al organismo humano; en un principio, invasión de espíritus malignos, y después, la invasión de microorganismos (Martínez-Donate, 2000).

Hasta hace algunas décadas, se creía que existía en el individuo una dicotomía, es decir, una separación de lo mental con lo corporal, tal como lo creían los griegos desde la antigüedad, quienes consideraban al alma o *psique* separada del cuerpo, idea que tiempo después fue postulada por Descartes en el siglo XVII, estableciendo que el cuerpo funciona independiente de la mente. Este enfoque ha sido habitual en el modelo biomédico, como lo corrobora Engel (1977), quien señala: “todas las enfermedades pueden explicarse a partir de problemas en procesos fisiológicos, resultado de heridas, desequilibrios químicos e infecciones bacterianas o víricas”. Así que, aunque todavía prevalece la idea de que lo psicológico y lo corporal son entes separados, se ha replanteado desde mediados del siglo XX la perspectiva de que esto no es

Melesio Marcos Rivera Juárez

así, ya que no ha habido una explicación convincente para el actual panorama epidemiológico en los países industrializados (Martínez-Donate, 2000).

Después de la Segunda guerra mundial, y cuando ya se había reafirmado y consolidado la Psicología Clínica, los psicólogos norteamericanos se fueron dando cuenta que los desórdenes mentales tenían relación con los problemas fisiológicos. Fue entonces cuando la medicina ya se estaba planteando que existía esta relación mente-cuerpo, así que al ir surgiendo técnicas de modificación de la conducta apoyadas en un marco teórico científico, es que años después (a mediados de los setenta), se consolida de forma institucional y profesional en la American Psychological Association (APA), la Psicología de la Salud (Oblitas, 2007).

Necesidad de la Psicología de la Salud

La salud ha sido abordada tradicionalmente por la medicina desde un enfoque salud-enfermedad, atendiendo y resolviendo los casos cuando ya se ha manifestado la enfermedad en la mayoría de ellos. La Psicología es una disciplina que ha tratado de plantear un enfoque más integral en el tema de salud-enfermedad. Por ello ha surgido la Psicología de la Salud, proponiendo un sistema más integrador desde un punto de vista fisiológico, psicológico y social, basándose en la definición de la salud que da la OMS en 1974, donde señala que la salud es: “el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”.

También es importante mencionar que la conducta, que es estudiada por la Psicología, influye de manera determinante en los problemas de salud del ser humano, de modo que puede

aportar una intervención preventiva ante la enfermedad, haciendo gran énfasis en la calidad de vida, apoyando al modelo biomédico, que generalmente realiza una intervención curativa y rehabilitadora.

La psicología de la salud es un área específica de la psicología, que toma en cuenta la influencia comportamental y subjetiva (cognitiva y emocional) del sujeto, en relación con su salud, el mantenimiento de la misma, y de igual forma, cómo estos comportamientos, creencias y actitudes influyen en la salud y en las enfermedades que se lleguen a manifestar, estudiando también la relación de los hábitos como alimentación, ejercicio, moderación, o exceso en ciertos consumos (alcohol, tabaco, etc.) y asimismo, cómo éstos tuvieron que ver en el padecimiento de alguna enfermedad; todo ello buscando el restablecimiento más integral de la salud.

Existen varias definiciones de la Psicología de la Salud, y una de las que originalmente fue más aceptada es la de Matarazzo, quien la define como “el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria” (Matarazzo, 1980, pág. 815). En general se está más de acuerdo con esta definición, ya que resume las funciones fundamentales de la Psicología de la Salud, destacando su contribución científica, educativa y profesional.

Objetivo de intervención de la Psicología de la Salud.

En el año de 1978, después de una serie de reuniones, las cuales fueron organizadas y coordinadas esencialmente por Weiss, Matarazzo y Stone, los miembros de la Sección del Network y otros, se llevó a cabo una petición para alcanzar el estatus de División en la reunión

que la APA celebró ese año en Toronto, aprobándose entonces la Constitución de la División de Psicología de la Salud (División 38), cuyos objetivos fundamentales son los siguientes:

1. Promover las contribuciones de la psicología como una disciplina interesada en la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica;
2. Alentar la integración de la información biomédica acerca de la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico actual;
3. Informar a la comunidad científica y profesional, así como al público general, de los principales resultados de la investigación y de las actividades y servicios en esta área.
4. Facilitar y promover la formación de profesionales y la creación de servicios especializados en psicología de la salud.

Áreas de aplicación de la psicología de la salud.

Actualmente, se ha debatido mucho acerca de los objetivos de la psicología de la salud, pero en lo que muchos autores coinciden, es en señalar dos objetivos como primordiales: la Promoción de la salud y la Prevención de la enfermedad (Oblitas, 2006; 2007). Según Pérez y Moreyra (2017), el objetivo más importante entre estos dos objetivos sería la prevención.

Sin embargo, es también muy importante el trabajo en el sistema de salud, buscando eficientar los servicios sanitarios para una mejor calidad en dicho sistema. Por lo que, según León (2004), de las diferentes áreas de aplicación de la Psicología de la salud, las más importantes son:

- a) La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad;

Melesio Marcos Rivera Juárez

- b) El diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad;
- c) La mejora del sistema de cuidado de la salud para lograr una mayor eficacia y calidad de sus prestaciones y servicios.

Conociendo cuáles son estas áreas de aplicación, se verán ahora algunas especificaciones que se consideran importantes en cada una de ellas.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

En este punto se entiende que, por lo que corresponde a la promoción, ésta se refiere a reforzar los casos en que la persona tiene ausencia de enfermedades y cuenta con buena salud, resultado de comportamientos apropiados y positivos, encaminados hacia un bienestar saludable. Por otro lado, en cuanto a la prevención, corresponde a los casos en los que el individuo no cuenta con buena salud, esto también es como resultado de comportamientos, pero en este caso inapropiados hacia ella, por lo que la prevención busca aminorar y moderar estas conductas, pretendiendo también rectificar las contingencias del contexto familiar y social.

León (2004), sugiere que el Psicólogo de la salud, deberá promover lo siguiente:

- “Difundir en la comunidad un concepto integral de salud y la idea de que ésta es un valor fundamental para su desarrollo.
- Proporcionar a la población conocimientos sobre los factores determinantes de la salud, los riesgos para la salud y los medios para evitarlos.

- Aumentar su capacidad para resolver sus problemas de salud mediante el cambio de comportamiento, el desarrollo de hábitos y costumbres sanas, y la eliminación de las costumbres nocivas” (Pág.3).

Según este autor, esta educación de la salud aborda temas como: la nutrición, la evitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la actividad física, el restablecimiento de relaciones sociales y la resolución de problemas interpersonales entre otras cosas. Podríamos agregar la importancia de la adherencia a los tratamientos de enfermedades tales como la Diabetes Mellitus, la obesidad y la prevención de los embarazos prematuros.

También se señala que al difundir la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se pueden utilizar técnicas tanto *Directas*, como *Indirectas*. Las primeras consisten en elaborar y realizar información a grupos y a individuos, utilizando instrumentos como cuestionarios, entrevistas o sesiones grupales; las segundas consisten en utilizar algunos medios como: carteles, folletos, revistas, radio y televisión, así como redes sociales entre otras.

El diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

En esta parte, el Psicólogo de la salud interviene identificando, determinando, valorando, transformando y modificando los factores de riesgo de algunas enfermedades. También es importante su intervención en el diagnóstico de enfermedades incurables como la leucemia, el cáncer o el SIDA, por ejemplo, ya que el sujeto que padece estas enfermedades llega a experimentar: “Ansiedad o angustia, sensación de indefensión, desorientación, sentimientos de incapacidad, percepción de vulnerabilidad, etc.” León R. J. M. (2004).

Esta situación psicológica negativa, hace que se agrave la enfermedad que se padece, y aún más, si el estilo de vida que lleva el paciente también es negativo, ya que si el estilo de vida algunas veces es depresivo, puede llegar a ser devastador, por lo que la intervención del Psicólogo es fundamental para poder afrontar este tipo de enfermedades, siendo esto un complemento del tratamiento que el médico está llevando a cabo.

También son utilizadas las técnicas psicológicas como base del tratamiento de enfermedades tales como la hipertensión, la parálisis facial y la incontinencia fecal. Son importantes también dentro de los tratamientos, las técnicas como el *biofeedback* y la biorretroalimentación; ambos ayudan para dar información al paciente acerca de su enfermedad, con la finalidad de que tenga una participación más activa en su restablecimiento, ayudando a manejar muchos problemas de salud como los mencionados.

Una técnica psicológica muy importante y sustancial es la motivación. Para ello, es fundamental que el psicólogo haga que el paciente identifique metas y objetivos en su rehabilitación, ya que cuando se plantean metas y una expectativa positiva, la motivación crece y en este caso, el restablecimiento del individuo es más rápido.

Mejora del sistema de cuidado de la salud.

Es en esta área donde el Psicólogo de la salud interviene para la mejora del sistema sanitario, buscando ésta en todos los servicios de salud, tanto de atención hacia los usuarios como en el buen uso de los recursos internos para mejorar las prestaciones del sistema, y mediar y coordinar el funcionamiento y el apoyo a la comunidad, así como a todo el personal del sistema sanitario. En la labor interna de la Institución, el Psicólogo tiene una labor esencial en cuanto al

entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación para los profesionales de dicho establecimiento, tanto entre ellos, como para con los pacientes.

A esto, León (2004) nos dice: *“Diferentes estudios han puesto de manifiesto que la problemática de las relaciones interpersonales es el área más frustrante y estresante de la vida cotidiana en el marco hospitalario, por lo que realizar entrenamientos en habilidades sociales y de comunicación, debería ser una parte fundamental en la formación integral del futuro profesional de la salud. De esta forma, aparte de mejorar el nivel de salud laboral de estos profesionales, evitaríamos las consecuencias negativas que para la función asistencial tienen los estados emocionales asociados a la frustración y distrés de éstos”* (Pág.7).

Esta mejora también ayuda a que la percepción que tienen con el personal de salud los usuarios y pacientes que están hospitalizados, mejore en forma considerable y exista una mejor interacción entre usuario y personal de salud, para que se eleve el nivel de restablecimiento y recuperación del paciente. Destacan en este punto –como ya se dijo– las técnicas de habilidades sociales y comunicación, así como las técnicas asertivas.

Por otro lado, un entrenamiento de estas habilidades con el paciente, ayudaría en algunos puntos, como los que se han comentado, en cuanto al mejor afrontamiento del problema, una mejor adherencia al tratamiento, y la habilidad para intervenir en las relaciones familiares y/o de personas que están a su cargo en el tratamiento de su enfermedad.

Tratando de resumir en cuanto a la Promoción de la salud y la Prevención de la enfermedad, se podría decir que: **La Promoción de la salud** hace énfasis en el desarrollo personal para adquirir una calidad de vida, y la **Prevención de la enfermedad** en transformar conductas que puedan poner en riesgo la salud, ya que se podría decir que hay enfermedades

aprendidas, pero no desde el punto de vista cognitivo, sino del conductual influenciado por lo social.

Por otro lado, Pérez y Moreyra (2017), nos indican que la prevención tiene dos perspectivas, siendo la primera dirigida al individuo y a la comunidad, por lo que se refiere a la evaluación y el tratamiento de los aspectos psicológicos, es decir, conductuales, cognitivos y sociales, y la segunda es un enfoque al sistema sanitario, planteando las mejoras pertinentes en cuanto a la articulación y funcionamiento institucional y político.

Delimitación de la Psicología de la Salud.

Aún cuando algunas disciplinas son muy parecidas a la Psicología de la Salud, éstas tienen puntos específicos que le son propios a cada una de ellas, aunque haya algunos de estos puntos donde parezca que convergen. Es por ello que en este apartado se exponen las teorías, perspectivas y opiniones de autores como Ballester (1979), Matarazzo y Carmody (1983), Twaddle y Hessler, (1977), siendo el objetivo aquí, el de analizar brevemente y comparar las disciplinas afines a la Psicología de la Salud para delimitar las funciones correspondientes a cada área.

Por lo tanto, es preciso señalar que la Psicología de la Salud, como disciplina relativamente nueva, necesita un pequeño lugar en el saber científico con sus características correspondientes, para establecer de manera clara y específica cuál es su aportación, sus áreas de aplicación y de investigación, con respecto a otros campos afines.

Estas disciplinas que se asemejan a la Psicología de la Salud y de las cuales es preciso delimitar las características correspondientes, son las disciplinas de las Ciencias Sociales:

Melesio Marcos Rivera Juárez

Sociología Médica, Antropología Médica y Sociología de la Salud; y la de otras disciplinas o términos afines: Medicina Psicosomática, Medicina Comportamental y Psicología Clínica.

Si comparamos a la Psicología de la salud con las tres primeras, llamadas también “ciencias sociales de la salud” (Ballester, 1979), encontramos que, mientras los sociólogos (sociología médica y sociología de la salud), centran su estudio sobre todo en los profesionales de la salud, en cuanto a la socialización que ellos tienen en el ámbito profesional, los antropólogos estudian más el sistema de salud tradicional.

Sus métodos y criterios difieren, en que los sociólogos utilizan mucho más los métodos cuantitativos y las técnicas del área epidemiológica, que los antropólogos. Ante estas disciplinas, la Psicología de la salud tiene como característica, que se centra sobre todo en el individuo y en los procesos que éste tiene desde una condición sana, hasta una enfermedad terminal, pasando por las diferentes etapas de la enfermedad y las conductas inherentes a este proceso, situación que las disciplinas anteriormente mencionadas no contemplan. También, otra de las diferencias con estas “ciencias sociales de la salud”, es que la Psicología de la salud contempla una capacidad de intervención en los problemas de salud (Ballesteros, 1979).

Las siguientes disciplinas, que tienen términos afines a la Psicología de la salud, son la Medicina Psicosomática, la Psicofisiología y la Medicina Comportamental. Algunos autores como Elliot (1983), señalan que estas disciplinas, como la Medicina Comportamental y Psicofisiológica, son campos multidisciplinarios, mientras que la Psicología de la Salud se sustenta en una única disciplina; la Psicología de la salud se centra más en la prevención y considera, asimismo, un panorama más social.

Por su parte Carrobles (1993), señala que la Psicología de la salud, posee la siguiente y significativa diferencia de las disciplinas que hemos mencionado, dice: *“La Psicología de la salud es el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad”*.

Modelos teóricos en Psicología de la Salud.

Estos modelos tienen sus orígenes en tiempos de la Segunda Guerra Mundial, cuando existió una crisis al no haber un modelo que lograra encargarse de problemas muy prácticos, como los que ahora lleva a cabo la Psicología de la salud: detectar y prevenir enfermedades (Domínguez, 2002). Lo que se propuso entonces, fue crear modelos que abordaran esta problemática (Weinstein, 1993). Algunos de los modelos de salud más destacados y utilizados son los que se presentan en la siguiente gráfica:

MODELOS DE LA SALUD

MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

Factores sociodemográficos. Son variables que pueden afectar las percepciones del individuo para tomar conductas preventivas.

Susceptibilidad percibida. Es la percepción de tener una condición saludable o de ser susceptible a enfermarse.

Severidad percibida. Son sentimientos concernientes a contraer una enfermedad, de abandonar un tratamiento o ambas.

Beneficios percibidos. Las creencias que se posean de varias acciones disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad en término de beneficios percibidos

Barreras percibidas. Son las percepciones de los individuos en cuanto a costos-beneficios de conductas preventivas.

Auto eficacia percibida. Se define como la creencia que las personas tienen acerca de sus capacidades para producir niveles de ejecución deseables que ejercen cierta influencia sobre los eventos que afectan sus vidas

MODELO DE AUTOEFICACIA

Las percepciones de riesgo. Incluyen las propias percepciones de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad o un suceso crítico.

La auto eficacia percibida. Son las creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades para producir niveles de ejecución deseables que ejercen cierta influencia sobre los eventos que afectan sus vidas.

La expectativa de resultado. Es un juicio acerca de las posibles consecuencias que la acción tendrá.

Intenciones meta. Son las metas desarrolladas por la persona, es decir, cual es la meta a cumplir y se relaciona con las creencias de medios-fines.

Planes de acción. Son los planes para llevar a cabo la conducta preventiva.

Control de acción. Es la autorregulación de la conducta.
Bandura (1999).

MODELO BASADO EN LA TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA

Creencias de las personas.

Son las creencias que afectan el comportamiento y está en función de lo que la persona atribuye al resultado.

Evaluaciones de los resultados. Es el valor que una persona da a un resultado del comportamiento.

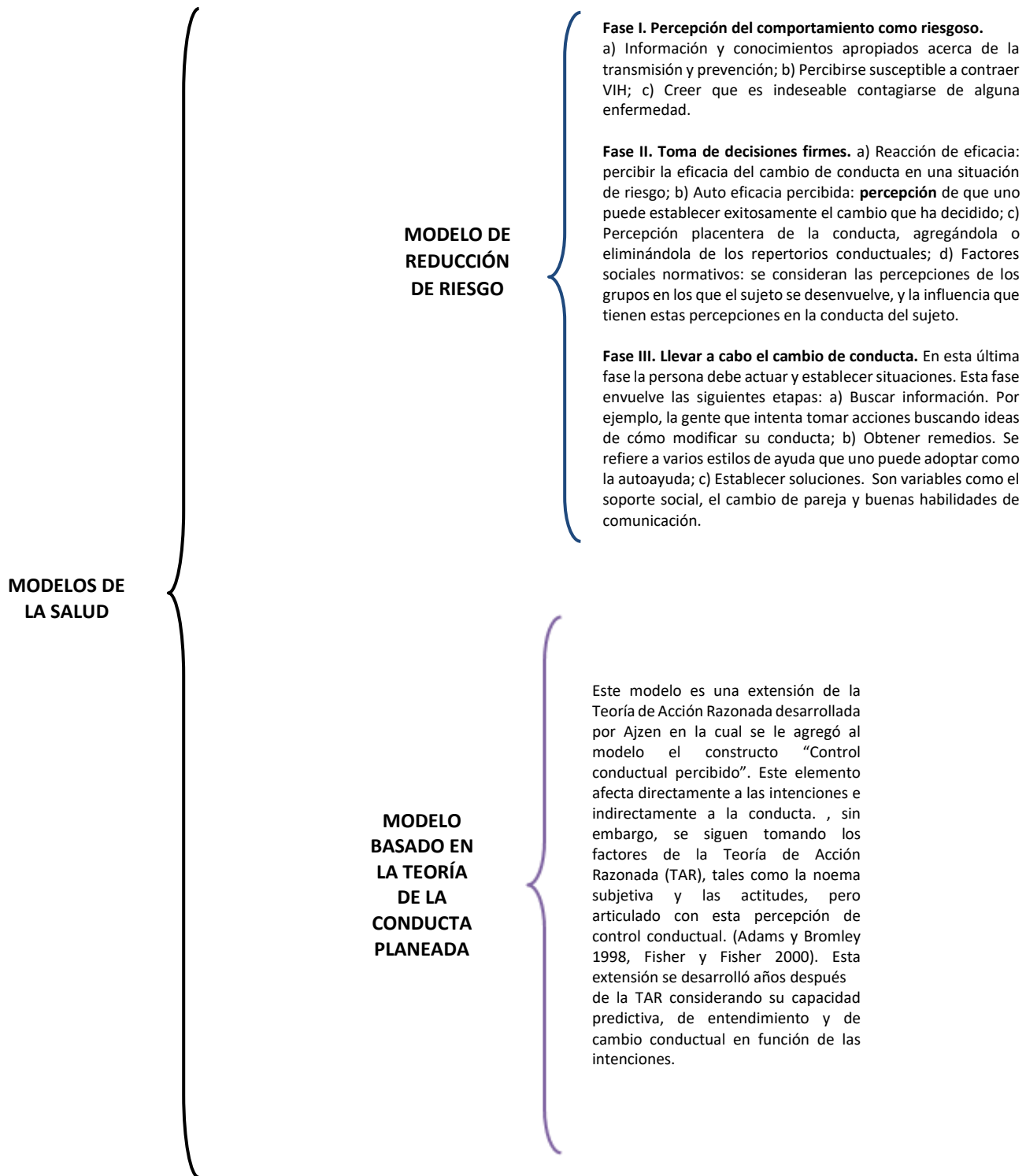
Creencias normativas. Son acerca del comportamiento en función de las normas de un grupo para aprobar o desaprobado una conducta.

Motivación. Es la que tiene la persona para llevar a cabo o no la conducta, pero en función de las creencias sociales o las creencias normativas.

Actitud hacia la conducta. Es la evaluación completa hacia la conducta.

Norma subjetiva. Son las percepciones de la gente que influyen en la persona para llevar a cabo o no a cabo una conducta.

Intención. Se refiere a percibir la posibilidad de realizar la conducta.



De todos estos modelos, para el presente trabajo se utilizarán algunos conceptos del Modelo de autoeficacia, que es el que más se acerca al tema de afrontamiento, del taller que se va a proponer más adelante.

Melesio Marcos Rivera Juárez

Capítulo 2. La Ansiedad

La ansiedad es parte de la vida cotidiana, ya que es una anticipación de algo que puede ocurrir en cualquier momento de manera desagradable o peligrosa, es algo que alerta al ser humano, y todos lo sienten en mayor o menor grado (Ayuso, 1988).

Sin embargo, es de gran vulnerabilidad en algunos seres humanos, debido a que éstos exageran y sobredimensionan el temor y la tensión ante situaciones, ya sean de bajo o alto riesgo; cuando esto ocurre, se considera que es **ansiedad clínica**. En palabras de Lazarus y Averril (1972), en Beck y cols, (1985). “la ansiedad clínica representa una exageración de los mecanismos normales de supervivencia, en los que hay una sobre preocupación ante el concepto de peligro y una infravaloración concomitante de la habilidad personal para afrontar la situación”.

La ansiedad clínica cuando es experimentada en la interacción humana, tiene que ver con lo que es denominado como **ansiedad social**. Ésta es descrita por la American Psychiatric Association (2013), como un “malestar clínicamente significativo o un deterioro en el funcionamiento social, laboral, o en otras áreas de funcionamiento”.

Una variable de la ansiedad social es el **pánico escénico**, que es experimentado por toda persona que tenga que interactuar en público, en una situación específica. En este tipo de fobia, existe una clasificación hecha por la

Psicología: **la fobia social generalizada y la fobia social específica** (Nagy, 2014).

“La fobia social generalizada es aquella en la que las personas sufren ante cualquier estímulo social, sea del orden que sea: hablar en público, bailar, ser centro de atención en un momento dado, hacer una pregunta en público, interactuar con otras personas, leer ante una concurrencia, etc.” Este tipo de fobias las presentan muchas personas que padecen estos síntomas la mayor parte del tiempo.

Siguiendo con Nagy (2014), “La fobia social específica o concreta es aquella en la que las personas sufren sólo en alguna situación social pero no en otras.” En este tipo de fobia es donde se encuentra el pánico escénico. Una actividad particular donde se presenta esta fobia social específica, es la actividad musical, en concreto la interpretación de los músicos solistas en la música de concierto.

Datos sobre el trastorno de ansiedad.

Datos obtenidos mediante el European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), donde Alonso, et al. (2004), muestra:

a) Que los trastornos mentales son comunes en Europa e indican que el 40% de los europeos han sufrido al menos un trastorno del estado de ánimo a lo largo de la vida, el 13,6% algún trastorno de ansiedad y el 5,2% problemas con el alcohol.

b) Al momento de la investigación más de un 6% expresó haber presentado, en el último año, algún trastorno de ansiedad, el 4,2% algún trastorno del estado de

ánimo, siendo prevalente el episodio depresivo mayor, y un 1% algún problema con el alcohol.

c) Se indica que las mujeres son dos veces más propensas a padecer un trastorno del estado del ánimo y de ansiedad que los hombres, quienes tienen mayor tendencia a sufrir problemas con el alcohol.

d) Los trastornos afectivos y los trastornos de ansiedad están fuertemente asociados, siendo alta la correlación entre depresión mayor y trastorno de pánico y entre depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada.

La ansiedad, la depresión y el estrés, son trastornos que se han incrementado en la tasa de morbilidad a nivel mundial, al grado que se han considerado a los tres “Los trastornos Psicológicos del Siglo XXI” (OMS, 2016). Estos tres trastornos tienen varios aspectos en común. Sin embargo, poco se ha hecho para prevenir, investigar e intervenir en los múltiples escenarios donde se presentan estos trastornos.

Algunos datos que nos arroja la OMS en 2017 acerca de estos temas, son los siguientes:

Los trastornos mentales comunes están aumentando en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión y/o ansiedad aumentó en casi un 50%. Cerca del 10% de la población mundial se ve afectada por una de estas afecciones o ambas. La depresión representa por sí sola el 10% de los años vividos con discapacidad en todo el mundo.

En emergencias humanitarias y conflictos en curso, hasta una de cada cinco personas se ven afectadas por la depresión y la ansiedad.

La depresión aumenta el riesgo de padecer otras enfermedades no transmisibles, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Además, algunas enfermedades como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares aumentan el riesgo de depresión.

La falta de tratamiento para los trastornos mentales comunes tiene un elevado costo económico: según nuevas pruebas obtenidas mediante un estudio dirigido por la OMS, la depresión y la ansiedad por sí solas provocan cada año una pérdida económica equivalente a más de un billón de dólares

Las previsiones de la Organización Mundial de la Salud estiman que para el año 2020, la depresión se constituya en la tercera causa de morbilidad al lado de las enfermedades coronarias y los accidentes de tráfico y como la primera causa de incapacidad

El 30% de los pacientes diagnosticados con depresión experimentan una recaída dentro de los tres meses siguientes a la recuperación y en ausencia de continuidad en el mantenimiento del tratamiento, cerca del 50% experimenta un episodio depresivo intenso dentro de los dos años siguientes.

El 14% de las personas que viven en países desarrollados padecen trastornos de ansiedad. Entre 25-44 años se produce un mayor registro de diagnósticos” (OMS, 2017).

Diferencias por sexo en la depresión y la ansiedad:

Existe mucho interés por estudiar las diferencias de género en todos los tipos de trastornos mentales, haciendo especial énfasis en los trastornos del estado de ánimo, ya que ello tiene que ver con la alta prevalencia que se da en la población a nivel general inclinándose la balanza más hacia el sexo femenino.

Tomando en cuenta esto, se puede adicionar una línea de investigación que identifique subtipos clínicos o una clasificación de sintomatología determinada y específica para cada uno de los géneros. Siguiendo esta línea, este tipo de investigación también puede ser aplicado en el caso de los trastornos de ansiedad. Para la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo, no es necesario hacer esta diferenciación. (Alonso et al., 2004).

Capítulo 3. Psicología de la Música.

El arte ha sido utilizado desde la antigüedad como un medio para manifestar ideas y emociones, entre muchas otras cosas. Por ejemplo, en la antigüedad, los griegos utilizaban el drama, la tragedia y la comedia, como uno de los medios para expresar enseñanzas morales; así que el pueblo al ver esas obras, que eran también una manifestación de sus propias emociones contenidas, expulsaban esas emociones (catarsis), y reflexionaban sobre dichas enseñanzas morales. También en la religión, el sistema religioso se ha valido del arte, para mostrar su concepto de la verdad divina y de esta manera, manifestar sus enseñanzas morales y espirituales. Se puede considerar que éstas fueron las primeras aproximaciones de una relación entre arte y psicología, ya que estas manifestaciones artísticas iban (y van) dirigidas a la parte cognitiva y emocional del ser humano para modificar ciertas creencias y conductas individuales y sociales deseadas.

La música definitivamente ha tenido desde los tiempos antiguos una importancia considerable, primero colaborando con las demás artes en las enseñanzas morales y divinas, y después de manera individual, manifestando su propia importancia y su relación con la Psicología, en cuanto a la manifestación de las emociones.

Ya en la actualidad, existen estudios cognitivos y neuronales en el ser humano, acerca del fenómeno que ocurre al percibir y/o interpretar la música, y últimamente, hacia finales del siglo XIX, y principios del siglo XX, surge la ***Psicología de la música***.

Según Morante y García (2015), existen tres importantes etapas en el desarrollo que ha tenido la Psicología de la Música:

1) los orígenes de la disciplina científica (1850-1950),

Melesio Marcos Rivera Juárez

- 2) la revolución psicométrica (1950-1970),
- 3) y la era cognitiva (de 1970 hasta la actualidad).

De las primeras definiciones que ha tenido la Psicología de la Música es la de “analizar la carga emocional que ejerce la música en el comportamiento de la persona a lo largo de su vida” (Torres y Barreiro, 2020). En la actualidad, la Psicología de la música se enfoca también en las emociones, que influyen y afectan al músico antes, durante y después de tener una actuación frente al público, es decir, lo que se conoce como ansiedad escénica (Hallam, Cross, y Thaut, 2011) en (Torres y Barreiro, 2020). Asimismo, se destaca en este nuevo enfoque, la importancia de la música en la educación, en lo relativo a los modelos pedagógicos y a los sistemas de enseñanza en casi todos los niveles educativos. Por otro lado, la Psicología de la música también se define como “una subdisciplina de la psicología que trata cuestiones acerca de cómo la mente humana responde, imagina, controla la interpretación y evalúa la música” (Gjerdingen, 2008, p. 956, en Morante y García, 2015).

Como en otras áreas del conocimiento, muchas disciplinas han contribuido a la conformación de la Psicología de la música como área especializada, y aunque tal vez se piense que algunas de estas disciplinas no puedan tener relación con ella, es muy cierto que todas tienen una relación significativa. Mencionando a las más importantes, estas disciplinas son: la Física, la Biología, la Sociología, la Filosofía y la Antropología.

En algunas, tal vez se infiera su cercanía, como en el caso de la Sociología y la Filosofía, pero en otras, tal vez en primera instancia se consideren –como ya se dijo– muy alejadas, como es el caso de la Física, ciencia que, sin embargo, tiene mucho que ver con la música, como por ejemplo cuando se estudian las cualidades del sonido (acústica); o la Biología, que tiene que ver

en los procesos fonológicos del canto y, –también muy importante– en la relación que tiene la música y el cerebro (desde el punto de vista neuronal), el cual ha sido últimamente objeto de muchos estudios desde una perspectiva correlacional con la música, llegando a desarrollar estas investigaciones, una subdisciplina de la Psicología de la Música que es la **Cognición Musical**, la cual nos lleva a estudios y análisis más complejos acerca de la percepción, el lenguaje y las funciones cognitivas, en su relación con la música, entre sus áreas de investigación.

Morante y García (2015) añaden al tema de la Cognición Musical: “Se expande el enfoque interdisciplinar y se generaliza el uso de diversas tecnologías, entre las que se incluyen modelos computacionales de sistemas dinámicos, redes neurales, registros de patrones neuronales de sistemas auditivos de animales e imágenes asistidas del funcionamiento del cerebro humano” (Gjerdingen, 2008, pp. 976-7). El término de Cognición Musical es adoptado por una Sociedad internacional que estudia la Psicología de la Música: la “European Society for the Cognitive Sciences of Music” (ESCOM).

Ámbitos de investigación y aplicación de la Psicología de la Música.

La Psicología de la Música tiene áreas de investigación e intervención las cuales son:

- Aspectos neurológicos y fisiológicos relacionados con las bases biológicas de la percepción musical.
- Estudios psicofísicos y de fenómenos acústicos, individuales y colectivos.
- Estudios de psicología cognitiva acerca de la representación y codificación del lenguaje musical y su desarrollo por niveles de edad.

Melesio Marcos Rivera Juárez

- Estudios evolutivos sobre el desarrollo de la adquisición de las habilidades musicales.
- Investigaciones de psicología social acerca de los aspectos estéticos y afectivos de la escucha musical.
- Análisis de las implicaciones del aprendizaje de la música.
- Estudios aplicados: musicoterapia, educación, afrontamiento del miedo escénico, etc. (Hargreaves, 1986, en Morante y García, 2015).

Ansiedad escénica en los músicos de concierto

Dentro del estudio aplicado de la Psicología de la música –como ya se ha señalado– se contempla la ansiedad escénica, tema central de este trabajo.

Así que, se partirá del hecho, de que en esta área de la Psicología de la Música, se estudian las emociones del músico, pero no solo en el sentido de transmitir sus emociones al público mediante su ejecución, sino también en cuanto a las que éste experimenta en todo el periodo de su interpretación, es decir, antes, durante y después de ella.

Muchas veces estas emociones pueden ser (cuando se tiene éxito) emociones de alegría, optimismo, satisfacción, entusiasmo, y en algunos casos, hasta de euforia. Como es el caso en 1990 del barítono inglés Thomas Allen, quien, tras su rotundo éxito en Japón, después de la presentación de la ópera “Don Giovanni” de Mozart, dijo a un periodista del *Independent on Sunday*: “Podría haber caminado sobre los techos de las casas, estaba en la cima” (Ballester, 2015, p. 258). Estas pruebas de éxito, pueden hacer que los intérpretes no sientan tedio en disciplinarse a estudiar horas y horas.

No obstante, aunque ocurra un gran número de veces casos como el relatado, son de igual forma numerosas las veces que tras un fracaso, se manifiesten sentimientos de desánimo, frustración e ineficacia, generando un miedo que puede llegar al pánico y al pavor. Esto puede ocurrir en el músico, aunque en el estudio de su instrumento o su voz no existan errores y sea un buen ejecutante o cantante; es más, grandes músicos, compositores e intérpretes consagrados, y grandes maestros en la historia de la música han experimentado la ansiedad escénica. En esta dirección, Kenny (2011) en (Román, 2017), afirma que: *“Aunque los orígenes de la ansiedad escénica no se encuentran documentados, en las biografías de los grandes virtuosos de la música y compositores, como María Callas, Luciano Pavarotti, Glenn Gould, Vladimir Horowitz, Arthur Rubinstein, Frédéric Chopin, Sergei Rachmaninoff entre otros, manifiestan haber sufrido de ansiedad escénica”* (p. 1).

La música de concierto, también llamada música clásica o música culta, requiere de un gran entrenamiento y largo desarrollo de habilidades para su ejecución. Por otro lado, el hecho de que las composiciones sean tan bien estructuradas y desarrolladas musicalmente, donde toda nota tiene cierta o gran importancia, esta música no admite margen de error.

Es por ello que los músicos de concierto están expuestos a altos niveles de estrés al estar estudiando y preparando las obras, así como a importantes dosis de ansiedad cuando se van a presentar ante el público. Estas dosis de ansiedad son aún mayores cuando se va a presentar un músico como solista, ya que cuando lo hacen en grupo de cámara y/o con orquesta –aunque también no se permite margen de error– las exigencias individuales son menores, ya que existe cierta confianza por parte del músico por tener a otros compañeros en la ejecución.

Sin embargo, como solista, además de la dificultad y exigencia de la música misma, existen otros factores como el temor al fracaso, y más importante aún, el temor a la crítica o a la autocrítica, ya que esto tiene que ver con la identidad, pues “todo reconocimiento debe ser ganado en cada actuación” (Ballester, 2015). Como señala Turbina y Amadio (2000), en Ballester (2015): “Esta situación le coloca en una posición vulnerable, sobre todo desde el punto de vista de la estabilidad emocional, pues un fracaso en el intento de alcanzar los objetivos musicales marcados puede ser muy perjudicial”.

Metodología

Se realizó una exhaustiva búsqueda de artículos científicos, en revistas como Redalyc, Scielo, etc. Bases de datos como Med Line, Pub Med, etc. sin restricción de fecha ni tipo de estudio en idioma español.

Conclusiones.

Se encontró que, en México, los antecedentes del estudio del fenómeno de la ansiedad escénica en músicos, instrumentistas o cantantes solistas son los siguientes:

- ❖ Juárez (2014). Tesis de Maestría: “Ansiedad escénica, la cara oculta del artista” ;
- ❖ Escamirosa (2009). Tesis de Especialidad en Acupuntura por el IPN: “Efecto de la auriculoterapia en el pánico escénico de los músicos”

En otros países de habla hispana, hay diversos estudios de este fenómeno, por lo que mencionaremos solo dos de Sudamérica y dos de España.

En Colombia:

- ❖ Román (2017). “Diseño de un programa de intervención que contribuya a la disminución de los efectos de la ansiedad escénica en estudiantes de un programa de música de la ciudad de Barranquilla”.

En Argentina:

- ❖ Suárez (2018). “Ansiedad escénica y rasgos de personalidad en artistas” (Doctoral dissertation, Universidad Argentina de la Empresa);

y en España:

- ❖ Ballester (2015). “Un estudio de la ansiedad escénica en los músicos de los conservatorios de la Región de Murcia” (Doctoral dissertation, Universidad de Murcia); y
- ❖ Amáiz (2015). “La interpretación musical y la ansiedad escénica”: validación de un instrumento de diagnóstico y su aplicación en los estudiantes españoles de Conservatorio Superior de Música.

También es importante señalar que se encontró que llegan a padecer esta ansiedad, además de los músicos, los actores, locutores, deportistas, y de igual forma, todo aquél que desarrolle una actividad o destreza y se presente ante el público.

Se concluyó que es muy importante tratar el tema de la ansiedad escénica desde un punto de vista psicológico, ya que como se ha señalado, aunque es algo muy común entre los músicos de concierto, desde el área musical no se ha tratado con profundidad este problema (muchas veces, solo con algunas recomendaciones básicas del profesor); por lo que la psicología, más concretamente la psicología de la música, es la mejor herramienta para afrontar esta situación en nuestro país –como ya se ha hecho en otros países–, dándole una mayor difusión y

propuestas de intervención a esta problemática, desde el marco teórico de la psicología de la salud, es decir, la promoción y la prevención de la “salud escénica”, y en su caso, la intervención, como es el caso de la propuesta de investigación y el taller que se va a sugerir más adelante.

Aunque Salmón (1990) definió a la ansiedad escénica como un hábito de aprehensión angustiosa sobre la reducción real de las aptitudes interpretativas en un ambiente público, y que las causas que más representaban el incremento de esta ansiedad incluían tener escasas habilidades técnicas, rígidos rituales interpretativos, un repertorio inapropiado y hábitos de práctica insuficientes y también inapropiados, es bien sabido que hay muchos músicos que han practicado cientos y hasta miles de horas su instrumento, con la técnica y los hábitos adecuados y no obstante ello, al momento de tener contacto con el público son presas de la ansiedad escénica.

En este contexto, se ha observado a muchos músicos arruinar tantas horas de trabajo, cuando antes de tocar o al momento de hacerlo se cuestionan su autoeficacia, tienen ataques súbitos de ansiedad y miedo escénico, y no pueden seguir una obra o la acaban tocando mal, no siendo el motivo la falta de estudio, habilidad o calidad de interpretación, sino esa fobia social que se llega a presentar en muchos de estos artistas. Por lo tanto, se torna de vital importancia la realización de investigaciones e intervenciones en este tema.

Con base en lo anterior, se propone una investigación y una intervención para esta problemática, donde se pretende realizar un taller con estudiantes de música de nivel superior para comprobar si se pueden reducir los niveles de ansiedad al momento de interpretar ante el público o, si es el caso, en algún concurso frente a algún jurado, o en un examen frente a sinodales.

Se propone para abordar este tema –como ya se dijo–, realizar una investigación y un taller con estudiantes principiantes y avanzados de escuelas profesionales de música, como la Facultad de Música de la UNAM, el Conservatorio Nacional de Música, y la Escuela Superior de Música, en la Ciudad de México, utilizando en este marco teórico, el paradigma Cognitivo Conductual en una investigación de tipo cuantitativa.

La investigación y el taller que se proponen, se desarrollan en el siguiente capítulo.

Capítulo 4. Propuesta de Investigación

Método.

Pregunta de investigación.

¿Cuál es el efecto de una intervención cognitivo-conductual en los niveles de ansiedad escénica en músicos solistas, estudiantes de una Escuela Profesional de Música en la Ciudad de México?

Objetivo general

Describir el efecto que tiene una intervención cognitivo-conductual en los niveles de ansiedad escénica en músicos solistas, estudiantes de una Escuela Profesional de Música en la Ciudad de México.

Objetivos específicos:

1. Aplicar una intervención cognitivo-conductual para comprobar si se pueden reducir los niveles de ansiedad al momento de interpretar ante el público.
2. Describir los niveles de ansiedad de una intervención cognitivo-conductual antes y después de ella.
3. Analizar la correlación existente de los niveles de ansiedad y el tipo de afrontamiento que presentan los músicos solistas de concierto.
4. Comparar los niveles de ansiedad antes y después de una intervención cognitivo-conductual.

Tipo de investigación.

Se llevará a cabo una investigación de tipo **cuantitativa**, ya que ésta permite realizar una recolección de datos *pre-test* y *post-test* para probar hipótesis y someterlas al método científico de forma rigurosa, con base en una medición numérica y análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Diseño de investigación:

La presente investigación se llevará a cabo bajo un diseño cuasi-experimental, donde se buscará al final, analizar los hallazgos. A esto, Santana (2015), nos dice: “Cresswell (2009), define las investigaciones cuasi-experimentales como aquellas en las cuales se utiliza una muestra de conveniencia, ya que el investigador debe utilizar grupos ya formados de ante mano (ej. un aula, una organización, o una familia) o voluntarios.” Se llevará a cabo el diseño *pre-test post-test* sin grupo de control.

Selección de la muestra.

La muestra se seleccionará a través de muestreo no probabilístico por conveniencia. (Shaughnessy, Zechmeister, y Zechmeister, 2007).

Participantes.

Número de participantes: 30. Los participantes serán estudiantes instrumentistas y/o cantantes que estudien o hayan estudiado en alguna de las escuelas profesionales de música de la Ciudad de México, desde principiantes hasta avanzados; con un rango de edad de entre

16 y 35 años; los participantes deberán tener una experiencia mínima de dos años de estudio; que sepan leer y escribir y que presenten niveles cognitivos normales; que acepten participar de manera libre y espontánea y que firmen un consentimiento informado.

Criterios de inclusión.

- Con edades entre 16 a 35 años.
- Músicos instrumentistas y cantantes.
- Experiencia en la interpretación de dos años en adelante.
- Que estén o hayan estado matriculados en una escuela profesional de música.
- Que sepan leer y escribir y que presenten niveles cognitivos normales.
- Que presenten de preferencia, un concierto al mes.
- Que sean músicos formales, en cuanto al estudio de la música.
- Que firmen un consentimiento informado y acepten participar en la investigación.

Criterios de exclusión.

- Todos aquellos que no cumplan con los criterios de inclusión.

Escenario.

Aula bien iluminada y ventilada de una escuela profesional de música de la Cd. De México, como la Facultad de Música de la UNAM, El Conservatorio Nacional de Música, o la Escuela Superior de Música del INBA. Se aplicará de forma presencial.

Melesio Marcos Rivera Juárez

Definición de Variables

Ansiedad: Es una anticipación de algo que nos puede ocurrir de manera desagradable o peligrosa, es algo que nos alerta y todos la sentimos en mayor o menor grado (Ayuso, 1988).

Ansiedad clínica: Representa una exageración de los mecanismos normales de supervivencia en los que hay una sobre-preocupación ante el concepto de peligro y una infra-valoración concomitante de la habilidad personal para afrontar la situación (Lazarus y Averil, 1972, en Beck y cols., 1985). **Ansiedad social:** Malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas de funcionamiento (American Psychiatric Association, 2013).

Afrontamiento: Todos los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman 1985, en Acosta, Chaparro y Rey 2008 p 164).

Instrumentos.

- Se elaborará un cuestionario en el que se recabarán datos personales como edad, género, carrera musical, años de experiencia en la interpretación, lugar de procedencia, etc.
- Se utilizará el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Este instrumento está compuesto por 21 ítems especialmente diseñado para evaluar sintomatología ansiosa, se ha estudiado tanto en población general como psiquiátrica, adolescentes y adultos, mostrando una alta consistencia interna (alfa superior a 0,90), así como una validez convergente mayor a 0,50 (15-19). El BAI se administra habitualmente antes y después del tratamiento, indicando una reducción estadísticamente significativa en la puntuación media como una respuesta

Melesio Marcos Rivera Juárez

positiva al tratamiento. El BAI puede ayudar a responder a la pregunta de si un paciente está igual, ha disminuido o incrementado su ansiedad de forma clínicamente significativa.

- Se tiene contemplado aplicar el test K-MPAI, creado por Dianna Kenny (2009) y adaptado por Zarza et al. (2015). Este instrumento está basado y desarrollado según el modelo de la triple vulnerabilidad de Barlow (2018), es decir la vulnerabilidad biológica, la vulnerabilidad psicológica general, y la vulnerabilidad psicológica específica (Pareja, 2018, en Arnaíz, 2015, p. 105). Se han certificado diversas traducciones de la versión del inventario de 40 ítems del K-MPAI, con un rango de respuesta tipo Likert que va de 1 punto (“totalmente desacuerdo”) a 7 puntos (“totalmente de acuerdo”); cuanto más alta es la puntuación obtenida, mayor es el nivel de ansiedad y estrés negativo. Esta escala presenta una excelente fiabilidad (alfa de Crombach .88) valores similares reportados por Zarza et al. (2016)” Suárez, V. A. (2018).

Procedimiento.

Los instrumentos serán aplicados en las instalaciones de una escuela profesional de música (tanto el pre-test como el post-test), en aulas ventiladas e iluminadas adecuadamente, se identificará a los estudiantes y/o egresados, se les solicitará participar en la investigación, se les invitará a firmar un consentimiento informado a contestar los instrumentos y participar en el taller; posteriormente se seleccionarán aquellos contestados de forma completa y adecuada, y se procederá a la captura de datos y al análisis correspondiente.

El taller, está sustentado en técnicas de relajación, como la técnica de desensibilización sistemática de Wolpe (1958, 1966, 199), la Técnica Alexander para músicos (García, 2013), y la técnica de relajación de Dalia (2004); para la parte cognitiva, se tomará como base la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) propuesta por Ellis; en los criterios de exposición y de

pensamiento alternativo los propuestos por Dalia (2004), y para los criterios de afrontamiento, éste está basado en el *Modelo de Autoeficacia*.

El procedimiento para aplicar el taller será el siguiente:

1. Se aplicará el Cuestionario de datos Sociodemográficos.
2. Se aplicará como post-test el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
3. Se aplicará el test K-MPAI.
4. Se llevará a cabo el taller.
5. Se aplicará como pre-test el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Análisis de Datos.

Se calcularán los índices de confiabilidad de las escalas aplicadas, obteniendo el *Alpha* de *Cronbach*. Se llevará a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra; se calcularán y describirán los puntajes de las escalas que componen el instrumento; se compararán las medias de los diversos subgrupos (instrumento, género), a través de un análisis de varianza de un factor (ANOVA) con comparaciones *post hoc* mediante la prueba HSD de *Tukey*, para determinar las diferencias significativas entre cada uno de estos subgrupos, y se obtendrán las correlaciones entre las diferentes variables y las áreas del cuestionario. Para realizar el análisis de datos se utilizará el programa estadístico SPSS 25.

Capítulo 5. Propuesta de Taller

Procedimiento:

Los participantes que hayan aceptado participar en la investigación y al taller, llevarán este último a cabo durante 5 días, trabajando dos horas cada día, donde se desarrollaron diferentes actividades en el área de la psicología en cuatro principales rubros:

- A) Relajación
- B) Área Cognitiva
- C) Área Emocional
- D) Afrontamiento

Programa de Actividades

Presentación y objetivos. Definición de los temas que se abordarán. Las actividades que componen el programa del taller son las siguientes:

1) Actividades de relajación. (Se llevará a cabo una sesión de media hora cada día, excepto la Actividad 1 de este apartado que será más breve).

- *Actividad 1:* Nombres y carreras (instrumento). Para que todos en el taller se conozcan.
- *Actividad 2:* Cómo afecta la tensión muscular a la emoción y a la interpretación.
- *Actividad 3:* Ejercicio para bajar la tensión muscular.
- *Actividad 4:* Ejercicio para relajarse antes de una sesión de estudio individual y disfrutar la interpretación.

Melesio Marcos Rivera Juárez

- *Actividad 5:* Ejercicio para poder relajarse en clase ante el profesor.
- *Actividad 6:* Cómo relajarse para una actuación ante el público.

2) Sesión del área cognitiva (Se llevará a cabo una sesión de media hora cada día, excepto la Actividad 1 de este apartado que será más breve).

- *Actividad 1:* ¿Qué es la Terapia Racional Emotiva T.R.E.?
- *Actividad 2:* Detectar los pensamientos irracionales, tomando algunos de Dalia (2004, pág. 85):

1. Seguro meto la pata.
2. Todo me sale mal.
3. Si cometo un fallo me pondré nervioso/a y arruinaré mi presentación.
4. Yo no sirvo para esto.
5. Me juego mucho en este concierto.
6. Nunca conseguiré ser un buen intérprete.
7. He defraudado a los que me apoyan.
8. No soporto un fracaso más.

- *Actividad 3:* Detectar los pensamientos y autoevaluaciones negativas e irracionales y cambiarlos por pensamientos y autoevaluaciones opuestas de las presentadas por Dalia (2004, pag.85)

- *Actividad 4:* Asertividad
- *Actividad 5:* Círculo de cualidades

- *Actividad 6:* Habilidades sociales en una situación real. Ej. Me puedo equivocar, pero es normal.

3) Sesión sobre el área emocional. (Se llevará a cabo una sesión de media hora cada día)

- *Actividad 1:* Lluvia de ideas sobre pensamientos alternativos.
- *Actividad 2:* Plantear pensamientos racionales que generen emociones controladas.
- *Actividad 3:* Ejercicios de exposición: Hablar de la obra que se va a tocar.
- *Actividad 4:* Tocar frente a sus compañeros tratando de destacar los pensamientos

alternativos que utilizará y tratar de tocar completa la obra elegida sin detenerse. Si se detiene, analizar entre todos el por qué.

- *Actividad 5:* Exposición de cada uno en la utilización de pensamientos alternativos racionales y emociones controladas en la exposición, es decir, al momento de interpretar una obra.

4) Sesión sobre el afrontamiento. (Se llevará a cabo una sesión de media hora cada día)

- *Actividad 1.* Explicar: **Las percepciones de riesgo.** Incluyen las propias percepciones de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad o un suceso crítico. Comentar cómo se aplica esto para afrontar la ansiedad escénica.
- *Actividad 2.* Explicar: **La auto eficacia percibida.** Son las creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades para producir niveles de ejecución deseables que ejercen cierta influencia sobre los eventos que afectan sus vidas. Comentar cómo se aplica esto para afrontar la ansiedad escénica.

- *Actividad 3.* Explicar: **La expectativa de resultado.** Es un juicio acerca de las posibles consecuencias que la acción tendrá. Comentar cómo se aplica esto para afrontar la ansiedad escénica.
- *Actividad 4.* Explicar: **Intenciones meta.** Son las metas desarrolladas por la persona, es decir, cual es la meta a cumplir y se relaciona con las creencias de medios-fines. Comentar cómo se aplica esto para afrontar la ansiedad escénica.
- *Actividad 5.* Explicar: **Planes de acción.** Son los planes para llevar a cabo la conducta preventiva; y explicar: **Control de acción.** Es la autorregulación de la conducta. Bandura (1999). Comentar cómo se aplica esto para afrontar la ansiedad escénica.

Al final se volverá a aplicar el BAI para el post-test.

Programación del Taller

Lunes	Actividad 1 de relajación	Actividad 1 del área cognitiva	Actividad 1 del área emocional	Actividad 1 del afrontamiento
	½ hora	½ hora	½ hora	½ hora
Martes	Actividad 2 de relajación	Actividad 2 del área cognitiva	Actividad 2 del área emocional	Actividad 2 del afrontamiento
	½ hora	½ hora	½ hora	½ hora
Miércoles	Actividad 3 de relajación	Actividad 3 del área cognitiva	Actividad 3 del área emocional	Actividad 3 del afrontamiento
	½ hora	½ hora	½ hora	½ hora
Jueves	Actividad 4 de relajación	Actividad 4 del área cognitiva	Actividad 4 del área emocional	Actividad 4 del afrontamiento
	½ hora	½ hora	½ hora	½ hora
Viernes	Actividad 5 de relajación	Actividad 5 del área cognitiva	Actividad 5 del área emocional	Actividad 5 del afrontamiento
	½ hora	½ hora	½ hora	½ hora

Melesio Marcos Rivera Juárez

Anexos

Instrumento	Medida	Cita
AAS-MAS	Adaptative-Maladaptive Anxiety Scale	Wolfe (1989)
AATS	Achievement Anxiety Test Scale	Sweeney y Horan (1982)
AD	Anxiety Differential	Sweeney y Horan (1982)
K-MPAI	Kenny Music Performance Anxiety Inventory	Kenny et al. (2004)
MPAS	Music Performance Anxiety Scale	Wolfe (1989)
MPAQ	Music Performance Anxiety Questionnaire	Lehrer et al. (1990)
MPSS	Music Performance Stress Survey	Brodsky, Sloboda y Waterman (1994)
MQ	Musician's Questionnaire	Willis y Cooper (1998)
PAI	Performance Anxiety Inventory	Nagel, Himle y Papsdorf (1989)
PASSS	Performance Anxiety Self-Statement Scale	Kendrick, Craig, Lawson y Davidson (1982)
PAQ-CK	Performance Anxiety Questionnaire-CK	Cox y Kenardy (1993)
PAQ-WND	Performance Anxiety Questionnaire-WND	Brodsky et al... (1994)
PI	Performance Inventory	Kubzansky y Stewart (1999)
PPAS	Piano Performance Anxiety Scale	Sweeney y Horan (1982)
PRCP	Personal Report of Confidence as a Performer	Appel (1976)

Instrumentos de medida para la ansiedad, citado por Arnaíz (2015 p.103).

Consentimiento Informado

Título de la práctica:

Ansiedad y afrontamiento en músicos solistas de música de concierto.

Objetivo:

¿Qué se propone en este estudio?: Observar y analizar la correlación existente del nivel de ansiedad y el tipo de afrontamiento que presentan los músicos concertistas en sus presentaciones en vivo.

¿Cómo se seleccionó al participante?: De un muestreo no probabilístico en una Escuela profesional de Música.

Cantidad y edades de los participantes: 30 participantes de entre 16 y 35 años.

Tiempo requerido: 2 horas aproximadamente.

Riesgos y beneficios: El estudio no conlleva ningún riesgo, y los beneficios pueden ser que los participantes identifiquen el nivel de estrés que experimentan los estudiantes al preparar las obras, para reflexionar sobre sus prácticas musicales y por consiguiente, mejorarlas.

Compensación: No se dará ninguna compensación económica por participar.

Confidencialidad: El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe si es que los resultados del trabajo son publicados.

Participación voluntaria: La participación es estrictamente voluntaria.

Melesio Marcos Rivera Juárez

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Derecho a retirarse del estudio: Los participantes tendrán el derecho de retirarse de la práctica en cualquier momento.

A quién contactar en caso de preguntas: Melesio Marcos Rivera Juárez, cel. 55 1369 4517; e-mail: melesioimperial7@hotmail.com

Si desea participar en la práctica, favor de leer la autorización, firmarla y devolverla a quien está realizando la práctica.

Autorización

He leído el procedimiento descrito arriba. Quien realizará la práctica me ha explicado en qué consiste el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que yo _____, participe en el estudio de Melesio Marcos Rivera Juárez. He recibido copia de este procedimiento.

ATENTAMENTE

Ciudad de México, 25 de noviembre de 2021

Melesio Marcos Rivera Juárez

Cuestionario de Datos Personales

Instrucciones

Se te solicita contestar este cuestionario de datos personales. Todos los datos son confidenciales y con fines estadísticos. Por favor contesta todas las preguntas.

1. Sexo: Mujer () Hombre ()

2. Edad: _____

3. Estado civil: Soltero/a () Casado/a () Divorciado/a () Otro ()

4. ¿Tienes pareja? Sí () No ()

5. Número de hijos: _____

6. ¿Trabajas? Sí () No ()

7. ¿Actualmente estudias algo alterno a la música? Sí () No ()

8. ¿Hasta qué año estudiaste o qué año cursas actualmente? Márcalo con una X.

No estudié ()

Primaria 1° 2° 3° 4° 5° 6°

Secundaria 1° 2° 3°

Preparatoria 1° 2° 3°

Licenciatura 1° 2° 3° 4°

Posgrado (años acumulados) 1° 2° 3° 4° 5° 6°

Melesio Marcos Rivera Juárez

Otro. ¿Cuál? _____

10. ¿Tienes alguna creencia espiritual o religiosa? Sí () No ()

10.1. ¿Cuál? _____

10.2. En una escala de 0 a 10, ¿qué tanto la practicas? _____

11. ¿Cuántos años llevas estudiando música? _____

12. ¿Cuántos años llevas estudiando música formalmente? _____

13. ¿Cuántas horas estudias diariamente tu instrumento? _____

14. Imagina una escalera numerada del 0 al 10. El escalón más alto (el 10) representa la mejor vida posible para ti y la parte inferior (el 0), la peor. ¿En qué escalón dirías que te ubicas actualmente? _____.

Kenny Music Performance Anxiety Inventory (K-MPAI) y formulario de puntuación

6 = Totalmente en desacuerdo 0 = Totalmente de acuerdo

- K_1. Generalmente me siento en control de mi vida6 5 4 3 2 1 0
- K_2. Me resulta fácil confiar en los demás6 5 4 3 2 1 0
- K_3. A veces me siento deprimido sin saber por qué6 5 4 3 2 1 0
- K_4. A menudo me resulta difícil acumular energía para hacer las cosas6 5 4 3 2 1 0
- K_5. La preocupación excesiva es una característica de mi familia6 5 4 3 2 1 0
- K_6. A menudo siento que la vida no tiene mucho que ofrecerme6 5 4 3 2 1 0
- K_7. Incluso si trabajo duro en mi preparación para una presentación,
es probable que cometa errores6 5 4 3 2 1 0
- K_8. Me resulta difícil depender de otros6 5 4 3 2 1 0
- K_9. Mis padres respondieron principalmente a mis necesidades.....6 5 4 3 2 1 0
- K_10. Antes de, o durante una actuación, tengo sentimientos
similares al pánico6 5 4 3 2 1 0
- K_11. Nunca sé antes de un concierto si voy a tener un buen desempeño.....6 5 4 3 2 1 0
- K_12. Antes o durante una presentación, tengo la boca seca6 5 4 3 2 1 0
- K_13. A menudo siento que no valgo mucho como persona6 5 4 3 2 1 0

Melesio Marcos Rivera Juárez

- K_14. Durante una presentación me encuentro pensando
si lo superaré6 5 4 3 2 1 0
- K_15. Estoy pensando en la evaluación que puede interferir
con mi desempeño6 5 4 3 2 1 0
- K_16. Antes de, o durante una actuación, me siento enfermo o desmayado
o tengo una agitación en el estómago6 5 4 3 2 1 0
- K_17. Incluso en las situaciones de rendimiento más estresantes,
confío en que me desempeñaré bien6 5 4 3 2 1 0
- K_18. A menudo me preocupa
una reacción negativa de la audiencia6 5 4 3 2 1 0
- K_19. A veces me siento ansioso sin ninguna razón en particular6 5 4 3 2 1 0
- K_20. Desde el principio de mis estudios musicales,
recuerdo estar ansioso al interpretar.....6 5 4 3 2 1 0
- K_21. Me preocupa que una mala actuación pueda arruinar mi carrera6 5 4 3 2 1 0
- K_22. Antes o durante una actuación, experimento un aumento
de la frecuencia cardíaca como latidos fuertes en el pecho.....6 5 4 3 2 1 0
- K_23. Mis padres casi siempre me escuchaban6 5 4 3 2 1 0
- K_24. Renuncio a oportunidades de desempeño que valen la pena6 5 4 3 2 1 0
- K_25. Después de la presentación, me preocupa si toqué

- lo suficientemente bien6 5 4 3 2 1 0
- K_26. Mi preocupación y nerviosismo por mi desempeño
interfieren con mi enfoque y concentración6 5 4 3 2 1 0
- K_27. Cuando era niño, a menudo me sentía triste6 5 4 3 2 1 0
- K_28. A menudo me preparo para un concierto
con una sensación de temor y desastre inminente.....6 5 4 3 2 1 0
- K_29. Uno o ambos de mis padres eran demasiado ansiosos6 5 4 3 2 1 0
- K_30. Antes o durante una actuación,
he aumentado la tensión muscular6 5 4 3 2 1 0
- K_31. A menudo siento que no tengo nada bueno que esperar6 5 4 3 2 1 0
- K_32. Después de la presentación, la repito en mi mente una y otra vez6 5 4 3 2 1 0
- K_33. Mis padres me animaron a probar cosas nuevas6 5 4 3 2 1 0
- K_34. Me preocupo mucho antes de una actuación, no puedo dormir6 5 4 3 2 1 0
- K_35. Cuando actúo en algo diferente a la música, mi memoria es confiable..6 5 4 3 2 1 0
- K_36. Antes de, o durante una presentación, experimento temblores.....6 5 4 3 2 1 0
- K_37. Estoy seguro de tocar de memoria6 5 4 3 2 1 0
- K_38. Me preocupa que otros me examinen.....6 5 4 3 2 1 0
- K_39. Estoy preocupado por mi propio juicio
sobre cómo me desempeñaré6 5 4 3 2 1 0

K_40. Sigo comprometido a actuar

aunque me causa mucha ansiedad.....6 5 4 3 2 1 0

© Kenny, DT (2009). Kenny Music Performance Anxiety Inventor-Revisado (K-MPAI-R)

K-MPAI © (Kenny, 2009, 2011) PUNTUACIÓN DE FACTORES%

1. Ansiedad somática proximal y preocupación por el rendimiento.

K_10. Antes o durante una actuación, tengo sentimientos similares al pánico.

K_12. Antes o durante una actuación, experimento sequedad en la boca.

K_14. Durante una actuación, me encuentro pensando si lo superaré.

K_16. Antes de, o durante una actuación, me siento enfermo o desmayado o se me revuelve el estómago.

K_22. Antes, o durante una actuación, experimento aumento de la frecuencia cardíaca como latidos fuertes en mi pecho.

K_26. Mi preocupación y nerviosismo por mi desempeño interfieren con mi ejecución y concentración.

K_28. A menudo me preparo para un concierto con una sensación de temor y desastre inminente.

K_30. Antes, o durante una actuación, he aumentado los músculos por la tensión.

K_34. Me preocupo mucho antes de una presentación, no puedo dormir.

K_36. Antes o durante una presentación, experimento temblores, temblores o temblores.

Melesio Marcos Rivera Juárez

K_40. Sigo comprometido a realizar la ejecución a pesar de que me causa ansiedad significativa.

TOTAL / 66

2. Preocupación / temor (cogniciones negativas) centradas en el escrutinio de uno mismo / otro.

K_7. Incluso si trabajo duro en la preparación para una actuación, es probable que cometa errores.

K_15. Pensar en la evaluación puede interferir con mi rendimiento.

K_18. A menudo me preocupa una reacción negativa del público.

K_21. Me preocupa que una mala actuación pueda arruinar mi carrera.

K_25. Después de la actuación, me preocupa si toqué lo suficientemente bien.

K_32. Después de la actuación, la repito en mi mente una y otra vez.

K_38. Me preocupa que otras personas me escudriñen.

K_39. Me preocupa mi propio juicio sobre cómo me desempeñé.

TOTAL / 48

3. Depresión / desesperanza (vulnerabilidad psicológica).

K_1. Generalmente me siento en control de mi vida (-) *

K_2. Encuentro fácil confiar en los demás (-) *

K_3. A veces me siento deprimido sin saber por qué.

K_4. A menudo me resulta difícil acumular energía para hacer cosas.

K_6. A menudo siento que la vida ha Mucho que ofrecerme.

K_8. Me resulta difícil depender de los demás.

K_13. A menudo siento que no valgo mucho como persona.

K_31. A menudo siento que no tengo nada que esperar.

TOTAL / 48

4. Empatía parental.

K_9. Mis padres eran mayormente sensibles a mis necesidades (-) *

K_23. Mis padres siempre me escucharon (-) *

K_27. Cuando era niño, a menudo me sentía triste.

K_33. Mis padres me alentaron a probar cosas nuevas (-) *

TOTAL / 24

5. Memoria.

K_35. Cuando actúo sin música, mi memoria es confiable (-) *

K_37. Estoy seguro de tocar de memoria (-) *

TOTAL / 12

6. Transmisión generacional de ansiedad.

K_5. La preocupación excesiva es una característica de mi familia.

K_19. A veces me siento ansioso sin ninguna razón en particular.

K_29. Uno o ambos de mis padres estaban demasiado ansiosos.

TOTAL / 18

Melesio Marcos Rivera Juárez

7. Preocupación ansiosa.

K_11. Antes de un concierto nunca sé si voy a tener un buen desempeño.

K_17. Incluso en las situaciones de rendimiento más estresantes, estoy seguro de que lo haré bien (-) *

K_24. Doy oportunidades de rendimiento que valen la pena aún presente la ansiedad.

TOTAL / 18

8. Vulnerabilidad biológica.

K_20 Desde el principio de mis estudios de música, recuerdo estar ansioso por tocar.

TOTAL / 6

TOTAL GENERAL / 240

Inventario de Ansiedad de Beck

Nombre	Tipo	Etiqueta	Etiquetas de Valor	Escala (medida)	Instrumento
R1An	Numérico	R1An. Torpe o entumecido.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R2An	Numérico	R2An. Acalorado.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R3An	Numérico	R3An. Con temblor en las piernas.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R4An	Numérico	R4An. Incapaz de relajarse.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R5An	Numérico	R5An. Con temor a que ocurra lo peor.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R6An	Numérico	R6An. Mareado o que se le va la cabeza.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R7An	Numérico	R7An. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R8An	Numérico	R8An Inestable.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R9An	Numérico	R9An Atemorizado o asustado.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R10An	Numérico	R10An. Nervioso.	0. En absoluto	Ordinal	BAI

Melesio Marcos Rivera Juárez

La Ansiedad en Músicos Solistas de Concierto

			1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente		
R11An	Numérico	R11An. Con sensación de bloqueo.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R12An	Numérico	R12An. Con temblores en las manos.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R13An	Numérico	R13An. Inquieto, inseguro.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R14An	Numérico	R14An. Con miedo a perder el control.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R15An	Numérico	R15An. Con sensación de ahogo.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R16An	Numérico	R16An. Con temor a morir.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R17An	Numérico	R17An. Con miedo.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R18An	Numérico	R18An. Con problemas digestivos.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R19An	Numérico	R19An. Con desvanecimientos	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI
R20An	Numérico	R20An. Con rubor facial.	0. En absoluto 1. Levemente 2. Moderadamente 3. Severamente	Ordinal	BAI

Melesio Marcos Rivera Juárez

Total Ansiedad	Numérico	Puntuación total Ansiedad		Intervalo	BAI
----------------	----------	---------------------------	--	-----------	-----

Propuesta de análisis

Estadístico	Variabes
Estadística descriptiva (media, desviación estándar, intervalo de confianza, porcentaje de hombres y mujeres)	Ansiedad Afrontamiento
t de Student para muestras independientes entre hombres y mujeres	Ansiedad vs Afrontamiento
t de Student para muestras relacionadas por sexo	Ansiedad Afrontamiento
t de Student para muestras relacionadas por edad	Ansiedad vs Edad
r de Pearson	Ansiedad vs afrontamiento

Referencias Bibliográficas

- Acosta, P., Chaparro, L. y Rey, C. (2008). Calidad de vida y Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Trasplante renal. *Revista Colombiana de psicología* (17) 9-26. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80411803001>
- Adsuara, A. (13 de enero de 2020). Definición de psicología según autores. *Psicología Online*. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/definicion-de-psicologia-segun-autores-4865.html>
- Agudelo, V., Casadiegos, G. y Sánchez, O. (2008). Características de Ansiedad y Depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research* 1 (1) 34-39
- Arnáiz, R. (2015). La interpretación musical y la ansiedad escénica: validación de un instrumento de diagnóstico y su aplicación en los estudiantes españoles de Conservatorio Superior de Música. [Tesis doctoral UDC]. Repositorio Universidad de Coruña. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/15869>
- Ayuso, G. (1998). Benzodiazepinas en el control de los trastornos de ansiedad. *Revista Argentina de Psiquiatría Biológica*, 5 (35).
- Ballester, A. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. España: Promolibro.
- Ballester M. (2015). Un estudio de la ansiedad escénica en los músicos de los conservatorios de la Región de Murcia [Tesis Doctoral Universidad de Murcia]. Tesis Doctorales en Xarxa. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/307540>
- Canal Daniel Tuba. (24 de febrero de 2019). La ansiedad Escénica en el Músico con Guillermo Dalia. YouTube. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=teOrMy_vYMA
- Melesio Marcos Rivera Juárez

- Carrobbles, J. (2012). Psicólogo clínico y/o psicólogo general sanitario. *Psicología conductual*, 20 (2), 449-470
- Enríquez, D. y Sánchez, R. (2004). Análisis exploratorio de distintas variables relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo en hombres y mujeres universitarios. [Reporte de investigación para obtener el título de Licenciado en Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM] Repositorio de Tesis DGB SDI. Disponible en: https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000602646
- Fernández Morante, B., y García Orozco, J. (2016). De la psicología de la música a la cognición musical: historia de una disciplina ausente en los conservatorios. *ARTSEDUCA*, (10), 38-61. Disponible en: <https://www.e-revistas.uji.es/index.php/artseduca/article/view/2010>
- Gómez, G. (2019). Música y desarrollo de la personalidad en adolescentes: un estudio de casos y controles [Trabajo de grado presentado para optar al Título de Psicólogo, Institución Universitaria de Envigado]. Biblioteca Digital IUE.
- Hernández, R., Fernández C. y Baptista, M. (2010) *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill: México.
- Herrera-Torres, L. y Campoy-Barreiro, C. (2020) Ansiedad escénica musical en profesorado de conservatorio: frecuencia y análisis por género. *Revista de Psicología y Educación* 15 (1), 30-45. Disponible en: <https://doi.org/10.23923/rpye2020.01.184>
- Hothersall, D. (1997). *História da psicologia*. Brasil: McGraw Hill.
- León, R., Medina, A., Barriga, J., Ballesteros, R. y Herrera, S. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. España: Editorial UOC.

Nagy, J. (2014). El miedo escénico. *Temas para la educación*, 26, 1-5. Disponible en:
<https://www.feandalucia.ccoo.es/andalucia/docu/p5sd10781.pdf>

Martínez-Donate, A. (2000) El concepto de salud en la actualidad.
http://www.uam.es/personal_pdi/psicología/victor/Salud/Bibliog/salud.doc

Oblitas, L. A. (2008a). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 26(2), 219-254.

Oblitas, L. (2008b). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en psicología*, 16(1), 9-38.

OMS (2017). Día mundial de la salud. Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/how-to-get-involved/es/>

Pareja, R. (2018). Diseño de un programa de intervención que contribuya a la disminución de los efectos de la ansiedad escénica en estudiantes de un programa de música de la ciudad de Barranquilla. [Trabajo de grado como prerrequisito para la obtención del título de Maestro en Música]. Corporación Universitaria Reformada.

Pérez-Laborde, L. y Moreyra-Jiménez, L. (2017). El quehacer profesional de la psicología de la salud: Definiciones y Objetivos. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social* 3 (2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22402/j.rdi.pyics.unam.3.2.2017.81.136-155>

Psiquiatria.com (2021). Desensibilización sistemática de Wolpe. Disponible en:
<https://psiquiatria.com/glosario/desensibilizacion-sistemica-de-wolpe>

Santana, I. (2015). Diseño cuasi-experimental (pre test/post test) Aplicado a la Implementación de Tics en el Grado de Inglés Elemental: Caso [Tesis para optar por el título de Magister en Metodología de la Investigación Científica]. Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/338165457_Disenio_Cuasi-experimental_pre_testpost_test_Aplicado_a_la_Implementacion_de_Tics_en_el_Grado_de_Ingles_Elemental_Caso_Universidad_Tecnologica_de_Santiago_Recinto_Santo_Domingo_en_el_Cuatrimestre_Mayo-#pf2b

Seelbach, G. (2019). Teorías de la personalidad. México: Red Tercer Milenio.

Shaughnessy, J., Zechmeister, E., y Zechmeister, J. (2007). Métodos de investigación en Psicología. EUA: Mc Graw Hill.

Suárez, V. (2018). Ansiedad escénica y rasgos de personalidad en artistas [Trabajo de Integración Final, Universidad Argentina de la Empresa] Repositorio Institucional UADE.

Villareal, C. y Avendaño, B. (2012). Historia de la psicología. Red Tercer Milenio: México.