



UNIVERSIDAD INSURGENTES

PLANTEL XOLA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON INCORPORACIÓN

A LA UNAM CLAVE 3315-25

**“MUSICOTERAPIA PASIVA Y ANSIEDAD EN NIÑOS DE EDADES DE
4 A 6 AÑOS 1 MES QUE ASISTEN AL CENTRO DE DESARROLLO
INFANTIL DIF CENTRO CULTURAL Y RECREATIVO NIÑOS HÉROES”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

C. VELÁZQUEZ MONDRAGÓN MARÍA DEL SOCORRO

ASESOR: MTRO. MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ

MÉXICO

2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la dicha y bendición de disfrutar de mis logros junto con mis seres queridos.

A usted mamá quien con sus valores y su amor me ha enseñado, el significado de ser una gran mujer, una gran amiga y un excelente ser humano.

A usted papá que con su sabiduría logró despertar en mí el espíritu de lucha a pesar de las adversidades.

A ti Carlitos por todas y cada una de las experiencias compartidas durante los últimos años de mi vida; así como por todo tu amor, tu comprensión, apoyo y confianza, que junto con Itztli hacen que mi vida sea un manjar de felicidad. Gracias mis amores.

A mis hermanos: Ana, Tete y Guicho: Por ser grandes ejemplos en mi vida. Los amo.

A ti Qkiss: Que me apoyaste en momentos determinantes en mi vida y que gracias a ello hoy pueda disfrutar de este gran logro vida.

A ti Sonia: Gracias por tus palabras llenas de amor y motivación, así como tú ayuda incondicional a lo largo de este proyecto.

A mis sobrinos: Aztli, Omar, Geovanny, Yoali, Ilhui, Didara, Lenin y Cuatli, mis grandes maestros, quienes me enriquecen día a día con su cariño y sus conocimientos.

Especial agradecimiento a:

A todos los niños que formaron parte de la presente investigación ya que sin su colaboración este proyecto no hubiera podido ser posible.

A usted Lic. María Teresa Rosas González: por darme la oportunidad de realizar la presente investigación en la Institución a su cargo. Muchas gracias por su apoyo.

A usted Lic. Laura Olivia Ramírez Páez: por su amistad, su comprensión y por creer en mí, siempre lo llevaré presente. Infinitas gracias.

A ti Adri que me apoyaste en la intervención del taller. Gracias por tu amistad.

A usted Lic. Rosa Elena Alcántara Palma, Mtra. Yolanda Santiago Huerta, Mtro. Miguel Medina Gutiérrez y Dr. Francisco Paz Rodríguez.

A ustedes que me brindaron su tiempo y sus conocimientos en momentos de suma tensión, guiándome en todo momento para la culminación de la presente investigación. Muchas gracias.

ÍNDICE

Resumen	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA	5
1.1 Definiciones relacionadas con la ansiedad	6
1.2 Ansiedad Infantil	7
Cuadro 1.1 Miedos normales durante la niñez	7
1.3 Origen de la ansiedad	8
1.4 Clasificación de la ansiedad según su origen	9
1.5 Cuadro 1.2 Factores precipitantes de la ansiedad en la infancia	10
Cuadro 1.2 Facilitares de la ansiedad en la Infancia	10
1.6 Formas de expresión de la ansiedad en la infancia	11
1.6.1. Manifestaciones cognitivas	11
1.6.2. Manifestaciones conductuales	12
1.6.3 Manifestaciones Somáticas	13
1.6.4. Manifestaciones psicosociales	15
1.7 Enfoques teóricos sobre la ansiedad en el niño	16
CAPITULO II MUSICOTERAPIA	19
2.1 Historia de la Musicoterapia	19
2.2 Definición de la Musicoterapia	20
2.3 Objetivo de la Musicoterapia	22
2.4 La música en musicoterapia	22

Cuadro 2.1 Funciones de la escucha musical	23
2.5 El Rol del Musicoterapeuta	23
2.6 La musicoterapia en su aplicación clínica	24
2.7 Acústica y sonido	25
2.8 Elementos básicos de la música	25
Cuadro 2.2. Melodía y armonía	26
Cuadro 2.3 Ritmos lentos y rápidos	27
2.9 Principios de la musicoterapia	29
2.10. Técnicas musicales	29
2.11 Los métodos más utilizados en musicoterapia	29
2.12.1 Método de Edgar Willems	30
Cuadro 2.4 Desarrollo musical y desarrollo psicológico	30
2.12.2 El oído musical	31
2.12.3 La audición interior	32
2.12.4 La afectividad en la primera educación	32
2.13 Enfoques que respaldan la corriente de la musicoterapia	33
2.13.1 Psicoanálisis	33
2.13.2.1 Humanismo	35
2.13.2.2 Otros modelos humanistas	36
2.13.3 El modelo GIM “Imágenes guiadas con música”	36
2.13.4.1 Musicoterapia Gestáltica	37
2.13.4.2 Elementos de trabajo gestáltico citado por Machado	37
2.13.5 La música en la neurofisiología	38

CAPITULO III. TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD Y MUSICOTERAPIA EN LA INFANCIA

3.1.1 Terapia conductual	40
3.1.2 Relajación	41
3.1.3 Modelo simbólico	41
3.1.4 La práctica reforzada	42
3.1.5 Desensibilización sistemática con aproximaciones sucesivas	43
3.2 Métodos cognitivos	43
3.3 Técnica Cognitivo-Conductual	44
3.4 Terapia racional-emotiva	44
3.5 Tratamiento psicodinámico	45
3.6 Tratamiento psicoterapéutico para reducir la ansiedad	46
3.7 Tratamiento familiar	47
3.8 Farmacoterapia	47
3.9 La musicoterapia	48
3.10. En la educación y el desarrollo infantil	49
3.11 La música en la educación especial	51
3.12 Afasias y agnosias	52
3.13 Síndrome de Down	53
3.14 Disminuidos Auditivos	54
3.14 Disminuidos Visuales	55

CAPÍTULO.IV METODOLOGÍA	56
4.1 Planteamiento del problema	56
4.2 Objetivos	56
4.2.1 Objetivo General	56
4.2.2 Objetivos específicos	56
4.3 HIPOTESIS	57
4.3.1 Hipótesis de trabajo	57
4.3.2 Hipótesis Nula	57
4.3.3 Hipótesis Alterna	57
4.4 VARIABLES Y DEFINICIONES	57
4.4.1 Variable independiente: Musicoterapia pasiva	57
Definición conceptual	57
Definición operacional	57
4.4.2 Variable dependiente: Síntomas de la ansiedad	58
Definición conceptual	58
Definición operacional	59
4.5 Diseño de investigación	59
4.6 Tipo de estudio	59
4.7 Muestra	59
4.7.1 Criterios de Inclusión	60
4.7.2 Criterios de Exclusión	60
4.8 Muestreo	60

4.9 Instrumento de recolección de datos	60
4.10 Escenario	62
4.11 Procedimiento	63
CAPÍTULO V. RESULTADOS	68
DISCUSIÓN	78
CONCLUSIONES	85
SUGERENCIAS	88
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXO 1	95
ANEXO 2	96
ANEXO 3	97
ANEXO 4	100
ANEXO 5	101

“Sentí antes de pensar”.

Jacques

“La mayoría de nosotros no tenemos oídos.

La gente espera que los oídos estén afuera y hablan

Y esperan que alguien los escuche. Pero, ¿quién escucha?

Si la gente escuchará tendríamos paz en el mundo”

Fritz Perls

“La vida sin la música sería una equivocación”

F. Nietzsche

“Pensar en escenas...es aproximarse más a los procesos inconscientes que pensar en palabras”

Freud

RESUMEN

Se evaluó a 48 niños que asistían al Centro de Desarrollo Infantil DIF que cursaban el 2do. y 3er. grado de preescolar, con edades de 4 a 6 años 1 mes; de los cuales 17 de ellos resultaron con ansiedad, esta muestra se dividió de la siguiente manera: para grupo experimental 8 niños y 1 niña y para grupo control 6 niños y 2 niñas. Para comprobar que la muestra de estudio fuera homogénea tanto por edad como por género, se aplicó la prueba de Fischer.

Se continuó con la plática de ansiedad y musicoterapia pasiva para padres de familia de los niños seleccionados.

La forma de intervención para el grupo experimental fue a través del taller denominado, "introducción a la sensibilización auditiva", exponiéndolos al estímulo musical con una duración de 50 minutos por 5 días consecutivos, en el quinto día después de finalizar la intervención se les aplicó de forma individual la post-evaluación del instrumento de medición CMAS-R (adaptado).

Mientras que para el grupo control solo se le aplicó la post-evaluación del instrumento de medición 15 días después de la preevaluación.

Los resultados demostraron que el instrumento adaptado CMAS-R (adaptado) fue capaz de medir la ansiedad de manera objetiva de los niños que asisten al Centro de Desarrollo infantil DIF del Centro recreativo Niños Héroes y de la misma manera se comprobó que la plática para padres como la intervención con musicoterapia pasiva tuvieron influencia sobre las subescalas del instrumento de medición, para el grupo control se mostró que la subescala de preocupaciones sociales y de concentración redujo así como ansiedad total. Mientras que en el grupo experimental disminuyó la subescala de inquietud e hipersensibilidad.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la responsable de Atención Psicológica infantil del Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología UNAM, Andrómeda Valencia Ortiz, la ansiedad en México es considerado la primera causa de enfermedad mental en la infancia, la cual es una reacción normal del organismo que nos acompaña a lo largo de nuestra vida, en grados elevados puede causar alteración en los procesos cognitivos, psíquicos, orgánicos y emocionales; la cual puede estar acompañando a problemas de conducta, bajo rendimiento académico, déficit de atención con hiperactividad e impulsividad entre otros. Según el DSM IV establece criterios para el trastorno de ansiedad de separación, el cual, inicia en edad preescolar, estimándose que el 4 % de la población infantil y adolescente la padecen.

La sintomatología de la ansiedad en la infancia puede pasar desapercibida tanto por los padres de familia, así como por las personas que conviven con los niños que presentan dicha sintomatología, en gran parte, debido a que ciertas características son polimorfas, manifestándose desde un dolor de estómago o evitando ir a la escuela y que muchas veces, son confundidas con un capricho. Para nosotros como especialistas, estas conductas empiezan a tomar importancia cuando su frecuencia, duración e intensidad aumentan.

Considero de gran importancia utilizar instrumentos de medición que permitan detectar de manera objetiva y en edades prematuras la sintomatología de la ansiedad, debido a las características tan complejas que posee, ya que puede llegar a desencadenarse en otro tipo de padecimiento mental.

Una vez detectada la ansiedad, la musicoterapia pasiva representa una alternativa de tratamiento para la ansiedad patológica en la infancia, actualmente

es utilizada en nuestro país como técnica de intervención con niños de educación especial, como técnica adicional a los procesos de aprendizaje, para crear procesos de comunicación y retroalimentación de la misma, a detectar lesiones cerebrales y rehabilitar dichas áreas.

Ante esta gama de posibilidades que la musicoterapia representa la presente investigación pretende aportar una estrategia de intervención, utilizando la música pasiva para la ansiedad anormal en la infancia.

El interés por hablar sobre la ansiedad en la infancia comenzó cuando la investigadora realizó su Servicio Social en el Centro de Desarrollo Infantil DIF del Centro Cultural y Recreativo Niños Héroes; ya que al estar en contacto directo con los niños, se apreció que era necesario crear nuevas y mejores alternativas para evaluar y tratar dicho padecimiento. Se sabe que hasta el momento no hay instrumento de medición que permita detectar a la ansiedad en la infancia en edades de 4 a 5 años 11 meses. La mejor y más utilizada forma de evaluar este trastorno es mediante la observación, no se niega la valía de este método, sin embargo, el utilizar solo este medio se corre el riesgo de caer en lo subjetivo. No obstante, creo que se puede utilizar como medio complementario para el diagnóstico. Es por ello que se propone la evaluación de la ansiedad en la infancia a partir de los 4 años de edad por medio de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R) con sus debidas adaptaciones.

Por otro lado no es suficiente detectar oportunamente la ansiedad, ya que no beneficiaría a quien la padece; de ahí radica la importancia de dar atención por medio de un taller de musicoterapia pasiva. Dicha intervención se puso en marcha solo para el grupo experimental por un lado fue conocer si ciertas melodías de Mozart, Chopin y Tchaikovsky reducían la sintomatología ansiosa y por otro favorecer el entrenamiento del proceso auditivo interior del niño creando un contacto directo con sus propias emociones y/o sentimientos.

Por medio de esta estrategia de intervención se busca que el niño sea de capaz de identificar sus propios malestares, para después tratarlos utilizando un medio natural como es la música clásica.

En el primer capítulo es dedicado a la ansiedad y sus manifestaciones posteriormente se mencionaran las teorías psicológicas que definen este fenómeno. En el segundo capítulo se abordará a la musicoterapia iniciando con los elementos acústicos y sus propiedades que han sido utilizadas como estrategias de intervención con distintos padecimientos orgánicos y psicológicos. En el último capítulo se expondrán tratamientos de la práctica psicológica para reducir la ansiedad en la infancia, por último se mencionaran el trabajo de la musicoterapia con niños.

CAPÍTULO I. LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA

Hablar de ansiedad resulta difícil de conceptualizar; es una tarea que requiere tomar en cuenta diferentes áreas del desarrollo humano como son las biológicas, las psicológicas y las sociales; ya que, es un término multidimensional. Para una mejor comprensión de la ansiedad, podemos centrarnos en la descripción que nos brinda Rodríguez-Sacristán (1995).

“Como síntoma, como estado o como trastorno; en las neurosis por su propia esencia; en las depresiones como visitante o vecino de excepcional cercanía; en la psicopatología encarnándose; acompañando a los niños con deficiencia mental; de forma extraña en la psicosis, y ambivalente en niños con trastornos y problemas de conducta. Siempre está presente de una manera compleja, cambiante y elusiva”.

Por lo tanto a lo largo de este capítulo se enfocará, en describir cómo se ha definido a la ansiedad. Se profundizará en otras definiciones y en diversos enfoques asociados a ella; para finalmente, describir la manifestación de la ansiedad durante la infancia.

Se iniciará con definiciones que estudiosos en la materia han dejado plasmada en la literatura psicológica:

1.1 Definiciones relacionadas con la ansiedad

- a) Ansiedad: De acuerdo con Barlow (1988). “La ansiedad es un estado de ánimo que se caracteriza por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto al futuro” (p.128).
- b) Temor: Según Becker y Emery (1985). “Es una reacción emocional inmediata ante el peligro. [...] esta reacción de emergencia se denomina a menudo respuesta de “huida o de lucha” (p.129).

La angustia es un concepto que hasta la fecha es punto de discusión debido a que posee características similares a la ansiedad, de hecho hay quienes afirman que es lo mismo.

- c) En relación a la angustia Rodríguez (1995) dice que:

“basado en la etimología, la angustia hace referencia a la vivencia de estrechamiento, de opresión, de angostamiento y de agobio, lo que sitúa la experiencia en la corporalidad, con repercusión visceral, de sobrecogimiento con un sentimiento inmotivado que no necesita acompañarse de objeto concreto”. (p.522).

El miedo es uno de los conceptos que se encuentra relacionado con ansiedad ya que la mayoría de las personas han llegado a experimentar sensaciones que les incapacitan, se citaran solo algunos ejemplos de esto:

1.2 Ansiedad Infantil

De acuerdo con Rivera (2009) “La ansiedad es una respuesta normal y que ayuda a la adaptación ante amenazas reales o imaginarias que preparan al organismo para reaccionar ante situaciones de peligro” (p.36) .

Cuando la reacción de amenaza es constante e identificable se habla propiamente de miedos que pueden ser permanentes o transitorios, es decir, ante determinados estímulos y tienden a desaparecer a través del tiempo, el siguiente cuadro muestra los miedos evolutivos por edad.

Cuadro 1.1. Miedos normales durante la niñez

Edad	Miedos
0-6 meses	<ul style="list-style-type: none">• Perder apoyo, ruidos fuertes.
7-12 meses	<ul style="list-style-type: none">• Miedo a los extraños, miedo a estímulos repentinos, inesperados y a los objetos amenazantes.
1 año	<ul style="list-style-type: none">• Separación de los padres, al baño a las heridas y a los extraños.
2 años	<ul style="list-style-type: none">• Una multitud de miedos incluyendo a los ruidos fuertes (alarmas de sirenas, camiones y rayos) a animales (perros grandes), a cuartos oscuros, a la separación de los padres, a máquinas u objetos grandes, y a cambiar de ambiente.
3 años	<ul style="list-style-type: none">• Máscaras, oscuridad, animales y separación de los padres.
4 años	<ul style="list-style-type: none">• Separación de los padres, animales, oscuridad, ruidos (en el día y la noche).

5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Animales, “gente mala”, oscuridad, separación de los padres y al daño corporal.
6 años	<ul style="list-style-type: none"> • Hechos sobrenaturales (fantasmas, brujas o demonios), heridas corporales, rayos, oscuridad, dormir o estar solos y la separación de los padres. y las heridas corporales.
7-8 años	<ul style="list-style-type: none"> • Hechos sobrenaturales, oscuridad, miedos basados en los eventos de miedo (robos, asaltos), estar solos y heridas corporales.
9-12 años	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y pruebas en la escuela, la ejecución académica, la apariencia física, rayos, la muerte y a la oscuridad (en un leve porcentaje).

Fuente: Solloa, 2009, p.225

1.3 Origen de la ansiedad

El origen de la ansiedad es multifactorial, es decir se compone de múltiples elementos: la forma en que el niño recibe, interpreta y se relaciona con su medio ambiente, también influye la etapa de desarrollo en que se encuentra, ya que como se explicaba anteriormente hay ciertas características propias de la edad que permiten diferenciar si es acorde o no a su etapa de desarrollo. Para definir estas características Solloa (2009) menciona lo siguiente:

1.-Ansiedad por temor a la pérdida de objeto (0 a 8 meses). Es la ausencia del vínculo principal, “la madre”, el cual es interpretado por el niño como una desintegración psíquica y muerte, tanto física como psicológica, de una parte de sí mismo.

2.-Ansiedad de separación (8 a 18 meses). Durante el proceso de individualidad e independencia, el niño comienza a darse cuenta que su mamá es una persona totalmente independiente a él, lo que da origen a la ansiedad de separación.

3.-Angustia por la pérdida de amor del objeto (18 meses 3 años). En esta etapa comienzan a desarrollarse el área social y las introyecciones de los valores y reglas morales, así como también, el aprendizaje conductual toma auge en la modificación de la conducta. A esta edad el niño no teme a la separación de la madre como se mencionó, sino más bien teme perder el cariño de la misma.

4.- Angustia de castración (3 a 5 años). En esta angustia se aprecia si el niño siente rivalidad hacia el progenitor que tiene el mismo sexo. Cabe señalar que el niño interpreta como competencia el objeto de amor, es decir; el objeto de amor del niño es la madre y el objeto de amor para la niña es el padre, de esta manera el niño o la niña experimentarán cierta hostilidad hacia el padre del mismo sexo, ya que teme el castigo por sus pensamientos incestuosos.

1.4 Clasificación de la ansiedad según su origen

Según Ajuriaguerra (1973, citado por Solloa, 2009), es importante identificar las características de la ansiedad, con el fin de determinar si es adaptativa, transitoria o si forma parte de algún otro padecimiento severo. A continuación se mencionará la clasificación de ansiedad según el autor:

1.- Ansiedad por contagio.- Como su nombre lo dice, es la transmisión de la ansiedad de los cuidadores a los niños; en la mayoría de los casos son los padres quienes la transmiten, esto sucede por varios factores, entre los que destacan la edad del niño, su grado de independencia, la sugestionabilidad, la identificación del niño con el padre ansioso.

2.- Ansiedad Traumática.- Este tipo de ansiedad se aprecia en el primer mes de vida a donde la relación de la madre con el niño cobra relevancia, si el niño es rechazado por su madre esto dará origen a la formación del trauma.

3.- Ansiedad de Conflicto.- Es la acumulación de todos los traumas que se generaron en edades previas.

1.5 Factores precipitantes de la ansiedad en la Infancia

La forma en la que el niño asimila sus experiencias traumáticas, determinará si reacciona o no con ansiedad; según Rodríguez (1998) muestra las posibles causas que pueden desencadenar la ansiedad, como lo muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro1.2 Facilitadores de la ansiedad en la Infancia

- Enfermedades e intervenciones quirúrgicas
- La muerte de amigos o parientes
- Las dificultades escolares
- Ataques o experiencias sexuales
- Los problemas intrafamiliares
- Las situaciones de miedo
- Las preocupaciones y situación de peligro imaginario
- Los accidentes
- La menstruación
- Experiencias traumáticas específicas “Estrés postraumático”

Fuente: Rodríguez, 1998, p. 531.

1.6 Formas de expresión de la ansiedad en la infancia

La ansiedad es polimorfa en su expresión y de naturaleza variable dependiendo de la personalidad del niño, su educación, el estilo afectivo y cultural de la familia, además influye también el medio sociocultural en el que se encuentra. A continuación se mencionará las formas en que, según Solloa (2009) se manifiesta la ansiedad en los niños:

1.6.1. Manifestaciones cognitivas

Las manifestaciones cognitivas se caracterizan por procesos mentales superiores tales como: la atención, la concentración y la memoria. Una perturbación en dichos procesos puede manifestarse por la aceleración o inhibición del pensamiento y se traduce en dificultad escolar. Se continuará con algunos mecanismos de pensamiento:

1.- Fobias: Es el miedo irracional a una situación, animal o cosa que no constituye peligro real, sin embargo este estímulo ha ganado un lugar en las funciones mentales de quien la padece.

2.- Obsesiones: Son pensamientos repetitivos que generan actos con cierto orden y repetición; que el niño actúa con la finalidad de huir de pensamientos que causan displacer.

Para Rodríguez (1995) “los signos y síntomas de ansiedad que pertenecen a la vertiente psíquica también son muy diversos y polivalentes: Afectan al lenguaje, a la manera de vivir la corporalidad o se expresa a través de comportamientos externalizantes como la cólera, la agresividad o la hiperactividad. Otras veces, las formas de expresión son más complejas, como de inseguridad, de timidez, de dependencia, de soledad, de vergüenza y de culpa”. (p. 528).

1.6.2. Manifestaciones conductuales

1.- Ansiedad y cólera: Como su nombre lo dice, es la forma en la que el niño responde ante determinados eventos que le generan ansiedad, como pueden ser la separación de un ser querido y las manifestaciones de rechazo las cuales, causan en el niño que esta reacción se exacerbe.

2.- Agitación psicomotriz: Es una reacción caracterizada por movimiento continuo y desordenado que le impide al niño estar tranquilo y en un solo lugar; en su máxima expresión cuando se le trata de contener, éste tiende a debatir, luchar o a actuar con impulsividad.

3.- Hiperactividad e inatención. Existe una clara desorganización del comportamiento como fuga de ideas, problemas de atención y/o concentración; además el niño muestra dificultad para aceptar límites.

4.- Aspectos psicomotores de la ansiedad: Se aprecia descontrol afectivo- motor, este último se puede apreciar cuando el niño se manifiesta ante los demás con risa o llantos sin causa aparente, pudiendo llegar a orinarse en un momento de ansiedad aguda. En esta misma esfera se aprecia la onicofagia (morderse las uñas), la tricotilomanía (arrancarse los cabellos) y el balanceo de cabeza.

5.- Tics. Existen varios factores en la aparición de los tics como es el caso de Guilles de Tourette. Adams (1991) lo describe de la siguiente manera: “padecimiento neurológico que se caracteriza por tics acompañado de olfateo, resoplidos, vocalizaciones involuntarias y pronunciación compulsiva de obscenidades” aunque también hay ciertos factores psicológicos que pueden precipitar o impedir su expresión. (p. 54)

1.6.3 Manifestaciones Somáticas

Como se ha mencionado en temas anteriores somos seres biopsicosociales y por tal motivo lo que suceda en alguna de las áreas repercutirá en las otras, tal como lo muestra el concepto psicósomático cuyo significado es, soma: cuerpo, psico: mente; es decir, las enfermedades o alteraciones de la mente repercuten en el cuerpo. Entre tales manifestaciones se encuentran los trastornos de sueño. Solloa (2009) hace mención de 3 trastornos de sueño en la infancia:

1.- Trastorno del sueño: Son alteraciones durante el sueño en donde se manifiestan las pesadillas, los terrores nocturnos y el insomnio. Dichos trastornos del sueño han tenido gran relevancia en la medicina del sueño. Para una mejor comprensión de estos conceptos se citará la Clasificación Internacional de trastornos del dormir (2009), la cual los define de la siguiente manera.

- a) “Las pesadillas son secuencias oníricas coherentes que parecen verdaderas y llegan a ser más perturbadoras a medida que se manifiestan. Con frecuencia las emociones implican ansiedad, miedo o terror pero también cólera, generalmente rabia, vergüenza, repugnancia y otras sensaciones negativas”. (p250).
- b) “Los terrores nocturnos son alertamientos a partir del sueño de ondas lentas acompañados por gritos, manifestaciones conductuales y del sistema nervioso autónomo de miedo intenso. Hay taquicardia, taquiapnea, enrojecimiento de la piel, diaforesis, midriasis y aumento del tono muscular, la persona se incorpora de la cama, es insensible a la estimulación externa y si se despierta presenta confusión y desorientación. [...]. Posteriormente ocurre amnesia del episodio”. (p. 246).
- c) “Insomnio conductual de la infancia: la dificultad para dormir es el resultado de las asociaciones inadecuadas o falta de

establecimiento de límites, se caracteriza por dependencia del niño a una estimulación específica, objetos o escenario para iniciar el sueño o para conciliarlo después de un despertar”. (p.197).

Dentro de las manifestaciones somáticas de la ansiedad se encuentran los trastornos esfinterianos. Solloa (2009) considera que dichos trastornos se manifiestan en etapas crónicas de la ansiedad, los cuales se encuentran relacionados con la angustia de separación.

Según Caballo (2009) para conceptualizar y tratar la enuresis y la encopresis se torna un poco complicado; debido a la diversidad de especialidades que los atienden; para los fines de este trabajo sólo se mencionará el concepto de ambos trastornos que el mismo autor ha citado:

1.- Enuresis: “Emisión involuntaria de orina, después de una edad en la que el niño debería haber adquirido la continencia urinaria, normalmente entre los cuatro y cinco años de edad”. (p. 99).

2.- Encopresis: Se conceptualiza como proceso patológico no inflamatorio que afecta a la defecación; sin embargo Simon (citado por Caballo 2009, p.135) quien lo ha definido como un “trastorno psicofisiológico del tracto gastrointestinal, en el que interactúan varios elementos como son: eventos ambientales, hábitos conductuales, experiencia emocional y fisiología anorrectal”.

Por último, se encuentran los síntomas de manifestación mental y que en muchas ocasiones posee poca credibilidad para los adultos debido a que es difícil apreciarse de forma corporal. Solloa (2009) dice que el síntoma hipocondriaco posee las siguientes características:

3.- Síntoma hipocondriaco: Los niños expresan temores sobre su cuerpo, sobre su integridad física y su funcionamiento corporal, el cual se encuentra asociado con temores difusos e inconscientes.

1.6.4. Manifestaciones psicosociales

Las relaciones sociales acompañan al ser humano a lo largo de su vida, esta relación con los demás les permite retroalimentarse de ideas, pensamientos y creencias; la forma en que se da dicha relación así como la forma en que se decodifica la información puede causar ansiedad en el niño. Solloa (2009) dice que hay tres conductas que permiten visualizar estas manifestaciones y son las siguientes:

1.- Inhibición: En los síntomas menores de esta clasificación encontramos la timidez, que se caracteriza por la dificultad de expresar los sentimientos y/o emociones; en grados mayores se puede encontrar el mutismo, donde el niño queda sin habla debido a que sus procesos mentales se interrumpen a falta de una asociación de ideas.

2.- Conductas de evitación: Como su nombre lo dice, es evitar ciertas situaciones, ciertos animales o ciertas cosas que causan ansiedad o miedo irracional; este tipo de conductas suele interpretarse como trastorno de comportamiento como el negativismo.

3.- Dependencia ansiosa: Según Jalenques, Lachal y Coudert (1994; citado por Solloa, 2009, p. 232), es la reacción del niño para evitar el displacer debido a experiencias previas de rechazo, amenazas de separación, separaciones reales y/o abandono por parte de sus padres.

1.7 Enfoques teóricos sobre la ansiedad en el niño.

Desde hace muchos años la ansiedad ha sido tema de discusión entre teóricos de la psicología y de los que se ha derivado el desarrollo de varios enfoques; algunos de los cuales se mencionará a continuación:

17.1 Teorías biológicas

En esta base teórica, Hollander y Simeon (2004 citado por Rivera 2009, p.33) señalan que las sustancias neurotransmisoras son las responsables de la conducta ansiosa, estos investigadores mencionan las siguientes relaciones: a) La unión del complejo GABA con el receptor de benzodiazepinas. b) La modulación de la serotonina, que es el neurotransmisor regulador. c) La importancia de la sensibilidad del eje hipotalámico-hipófisis-suprarrenal.

Varios investigadores en el área de las neurociencias (BBC Mundo 2011 ,28 de Abril) identifican una proteína llamada neuropsina, que se ubica en la amígdala; de acuerdo a dichos investigadores esta proteína es la clave en el entendimiento de las señales químicas cerebrales, y cuando existen desórdenes de ansiedad dichos efectos pueden ser apreciados bioquímicamente, por lo que podría conducir a nuevos tratamientos de prevención para las enfermedades como la depresión y el trastorno de estrés posttraumático.

17.2 Teoría conductual

De acuerdo con Mussen y Janeway (1975 citado por Solloa, 2001.p 221). explican la ansiedad en niños desde el punto de vista del condicionamiento clásico y operante; a este respecto dicen que la ansiedad es como el fruto del condicionamiento, es decir; el resultado de un aprendizaje que subyace frente al temor a determinados estímulos ambientales, produciendo de esta manera una asociación o acondicionamiento que genera el comportamiento ansioso en la persona, manifestado a través de palpitations cardiacas, pulso acelerado, huego en la boca del estómago, sudoración, temblor, sobresalto y resequedad en la boca.

Por otra parte, el conductismo propone que la ansiedad es mantenida por reforzamiento al evitar el dolor (recompensa), así la evitación formará parte de una conducta aprendida. Con el concepto de Bandura, se explica que tanto la respuesta ansiosa como los miedos pueden ser conductas adquiridas a través de la observación, es así que los niños tienden a adoptar los miedos de los padres.

17.3 Teoría cognitiva.

Solloa (2001) dice que para explicar la conducta ansiosa se necesita enfatizar los procesos de pensamiento de cada individuo; los cuales, se caracterizan por ser un constructo multidimensional con manifestaciones en el nivel conductual, cognitivo y fisiológico.

Kendall (2004, citado por Solloa 2001, p.222) enfatiza la necesidad de comprender la diferencia entre las deficiencias cognitivas y las distorsiones cognitivas. Las primeras se refieren a la ausencia del pensamiento y las segundas a distorsiones del pensamiento. Kendall también menciona que los niños ansiosos pertenecen a

la segunda categoría los cuales, por lo general, sienten no satisfacer las demandas del medio externo lo que les genera pensamientos negativos y por consecuencia aumenta el estrés en sus vidas.

17.4 Teoría Psicoanalítica

Freud (1925, citado por Medina 1999, p.15) define a la ansiedad como “una reacción ante situaciones peligrosas donde el yo, para eludir la ansiedad, ejecuta acciones encaminadas a evitar la situación peligrosa o escapar de ella. Por lo tanto los síntomas surgen para evitar la situación peligrosa”.

Como se ha descrito en este capítulo la ansiedad acompaña al ser humano desde el momento de nacer. La relación entre el medio ambiente, la herencia y temperamento hacen que la ansiedad sea adaptativa o que forme parte de una semiología ansiosa que, dependiendo de su intensidad o frecuencia forme parte de un trastorno que interfiere en el actuar cotidiano del niño. En el siguiente capítulo se abordará la música que así como la ansiedad nos acompaña desde la etapa de gestación.

“CAPITULO II “MUSICOTERAPIA”

La música es parte inherente al ser humano, nos acompaña a lo largo de nuestra vida, viaja a través de ondas sonoras, las cuales son percibidas por nuestros sentidos; evocándonos pensamientos, sentimientos y emociones en relación a nuestra propia experiencia de vida, tal como lo menciona Davis (1973, citado por Gigena, 2005,).

“El hombre no nace hablando. Sus primeras experiencias con el mundo que lo rodea y sus primeras comunicaciones con él son necesariamente no verbales. Aprende a mirar y a tocar por la manera en que lo sostienen, esto constituye sus primeras y más importantes lecciones de la vida. Estas lecciones comienzan aún antes de nacer, mientras el bebé todavía habita el útero materno”.

En este capítulo se hablará de la música y sus elementos, los efectos de la música sobre el organismo y de las diferentes corrientes psicológicas que la apoyan como alternativa terapéutica.

2.1 Historia de la Musicoterapia

Durante el desarrollo de la historia el hombre ha utilizado la música como medio de comunicación enfocada a las necesidades de un grupo de individuos. En algunas etapas evolutivas se utilizó para contactar a seres no terrenales, en otras para efectos curativos y/o religiosos y en otras para mejorar estados de ánimo. En la actualidad la seguimos utilizando.

Aro (2003), dice que los primeros escritos donde se hace referencia a la influencia de la música sobre el cuerpo humano son los papiros médicos egipcios

descubiertos en Kahum por Petrie en 1899, fechados alrededor del 1500 a.C.; donde se relata la influencia favorable de la música sobre la fertilidad de la mujer”. [...] Otros autores consideran que el primer episodio de musicoterapia es el efectuado por David con su arpa frente al rey Saúl. En la Biblia, (I Samuel, 16:23), “Cuando el mal espíritu de Dios se apoderaba de Saúl, David tomaba el arpa la tocaba, y Saúl se calmaba y sentía mejor y el espíritu malo se alejaba de él.” (pp.39- 40).

Platón recetaba música y danzas para los terrores nocturnos y angustias fóbicas. “La música no ha sido dada al hombre para halagar sus sentidos, sino más bien para calmar los trastornos de su alma y los movimientos que experimenta un cuerpo lleno de imperfecciones”.

Mientras que Aristóteles (citado por Aro, 2003, p.40) mencionó que “Después de oír melodías que elevan el alma hasta el éxtasis, retorna a su estado normal como si hubiera experimentado un tratamiento médico o depurativo”.

Margaret Mead (citado por Aro, 2003, p.37) dijo que: “ciertas tribus de Nueva Guinea creen que la voz de los espíritus puede ser oída a través de las flautas los tambores y el bramido del toro. En las civilizaciones totémicas existía la creencia de que cada uno de los espíritus que habitaba el mundo poseía su sonido específico individual propio. El tótem ancestral parecía poseer una vida acústica y responder a ciertos sonidos. [...] El hombre primitivo se identificaba con su medio a través de la imitación de los sonidos que oía, ya fuera con un instrumento o con la voz, y de esta forma adquiría poder sobre sus fuentes originales”.

Según Aro (2003) “el hombre primitivo pensaba que el sonido tenía un origen sobrenatural, y debido a que le resultaba incomprendible, lo consideró misterioso y mágico. El sonido expresaba para él la disposición de ánimo, las amenazas o las órdenes de los espíritus que lo rodeaban. [...] El hechicero, una vez adquiría ese

poder y conocía los ritos y cantos que pudieran ser curativos, podría manejar las fuerzas que dañaban la salud humana y vencer al espíritu de la enfermedad” (p.38).

Combarieu (citado por Aro 2003, p.38) afirma que “en todas las civilizaciones la música ha sido tenida por producto de origen divino y considerada no como una creación del ser humano sino como la obra de un ser sobrenatural. Naturalmente, el humano ha dado a la música los poderes que atribuía a los dioses”. Por su parte Aro (2003) menciona “Y por extensión el hombre ha considerado que la naturaleza divina da a la música el poder de curar, de espiritualizar las emociones y de ser medio de comunicación con el mundo invisible.”

2.2 Definición de la Musicoterapia

Benenzon (1971, citado por Gigena, 2005) dice que la: “Musicoterapia es la especialización científica que se ocupa del estudio e investigaciones del complejo sonido-ser humano, sea el sonido musical o no, tendiente a buscar los métodos diagnósticos y los efectos terapéuticos de los mismos”. (p.20).

2.3 Objetivo de la musicoterapia

Según Gigena (2005) los objetivos de la musicoterapia variarán dependiendo de la presencia o ausencia de la enfermedad así como de su severidad, es decir; antes de ser instalada en el individuo el objetivo de la musicoterapia será prevenir su aparición, si está se encuentra instalada en el individuo el objetivo será su curación y si la enfermedad está instalada y se manifiesta de manera intensa, duradera y con frecuencia en el individuo su objetivo será la rehabilitación.

2.4 La música en musicoterapia

Rejane (2000 citado por Bêtes, p.351) menciona que: “la musicoterapia tiene a la música como herramienta principal de trabajo y es utilizada de varias maneras. La práctica de la musicoterapia es actualmente muy diversificada. Su recorrido histórico, las teorías y prácticas actuales existentes en otros países del mundo-apuntan también por el empleo de la “escucha musical” como técnica musicoterapéutica, lo que caracteriza la musicoterapia receptiva”

Por su parte Juliette Alvin pionera de la música en Inglaterra, es quien ha destacado la importancia de la música en el trabajo terapéutico, hace la distinción entre sensibilidad musical y aptitud musical, así como lo cita (Gigena 2005).

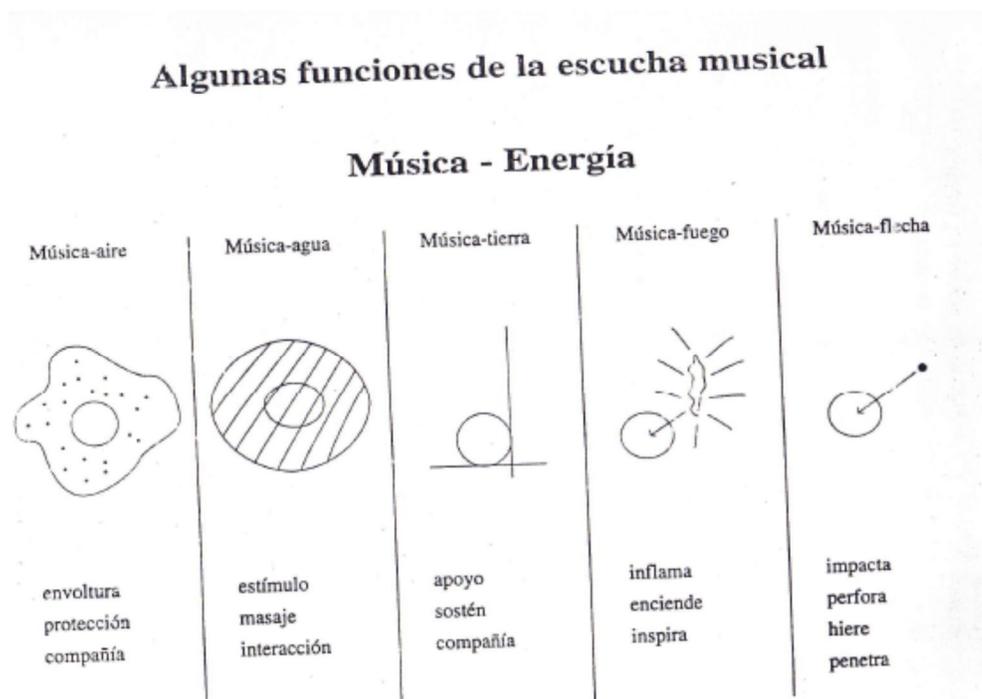
- Sensibilidad musical: Es cuando se está dispuesto a escuchar los sonidos musicales y tener la sensación placentera al percibir cada uno de los estímulos.
- Aptitud musical: Es cuando se adquiere la habilidad para crear o interpretar música.

Por su parte Benenzon (1998) explica que en *la recepción musical*, el receptor y la música logran un punto de identificación; el receptor se mueve junto con ella o se deja mover por ella, siendo ésta una de las formas más intensas y participativas en la sesión musical. Mientras que al crear música, el emisor se percibe a sí mismo y es percibido por los otros como alguien capaz de moverse y/o mover a los demás.

Para comprender mejor estas formas en las que el hombre se relaciona con la música, citando a Benenzon (1998). Este autor explica que “la función musical receptiva, nos lleva al acto debido a su propia esencia, se infiltra en nuestro ser de forma consciente o inconsciente a través de nuestros sentidos; se conduce en

diferentes direcciones”. En ciertas situaciones, la música puede generarle a la persona una sensación de envoltura con densidad variable a esto se le denomina **música-aire o música-agua**. Cuando la reacción del humano es recostarse, apoyarse y reposar se le denomina **música –tierra**; cuando es percibida como luz o calor capaz de expandirse o crecer se le denomina **música-fuego** y otras veces cuando impacta y es capaz de interiorizarse en el individuo se conoce **como música-flecha”**.

Cuadro 2.1 Funciones de la escucha musical



Benenzon 1998, p.173

2.5 El Rol del Musicoterapeuta

Las manifestaciones de algunos padecimientos neurológicos y/o psicológicos son tratadas por el musicoterapeuta, quien se encarga de dar tratamiento a través de la música, los sonidos, el silencio y el movimiento, cuyo objetivo es prevenir, tratar o eliminar las manifestaciones de los mismos.

Así como la música tiene sus propias características de sanación también posee características que pueden desequilibrar al individuo; por tal motivo, es necesario hacer la diferencia entre música y musicoterapia, tal como lo mencionan Benenzon, Gainza y Wagner (1998).

“Se considera que la actividad musical de por sí no es terapéutica, sino que se convierte en tal cuando se desarrolla en el marco de un proceso musicoterapéutico con objetivos generales y específicos por lograr, o sea que surgen de la interacción terapeuta-paciente en un encuadre dispuesto a tal fin”. (Benenzon, Hernsy y Wagner, 1997, p.205).

Mientras que los musicoterapeutas que utilizan el método de Imágenes Guiadas dicen que: “la atención se concentra en las necesidades del cliente/persona/viajante. El musicoterapeuta /guía será facilitador, tanto por escoger el “programa” adecuada a la “satisfacción” de esas necesidades como por la forma de dirigir la sesión y, en última instancia, el proceso terapéutico.

2.6 La musicoterapia en su aplicación clínica

Gigena (2005) menciona que: “Existen varias profesiones que trabajan con música: podemos citar al musicoterapeuta, profesor de música, médico psiquiatra y psicólogo clínico. Todos ellos utilizarán música como un elemento de comunicación, pero difieren en el ¿cómo? Y el ¿Por qué?”. “El psicoterapeuta la utilizará para el insight, y como una fuerte motivación para la fuente inagotable de estímulos asociativos”. (p.23).

2.7 Acústica y Sonidos

Según García y Gross (1991, citado por Gigena, 2005) menciona que:

“Se denomina acústica a la parte de la Física que estudia los fenómenos llamados ruidos o sonidos, percibidos por el sentido del oído. Los primeros corresponden a percepciones auditivas breves o discontinuas y los segundos permanecen durante cierto tiempo idénticos, Asimismo producen una sensación musical particular”. (p. 41).

2.8 Elementos básicos de la Música

Para poder entender el fenómeno musical es necesario conocer las propiedades que lo conforman, para ello se describirán algunos conceptos que cobrarán relevancia en el momento de interactuar con los sentidos.

- a) **Altura:** Se refiere al grado de gravedad del sonido. De acuerdo con esta definición los sonidos se dividen en AGUDOS y GRAVES. El sonido agudo es aquel en el que su onda sonora se repite más veces en un segundo, por lo tanto los graves son los que se repiten menos veces en un segundo.
- b) **Timbre:** Es la forma de distinguir los sonidos producidos por diferentes instrumentos, aunque sean de igual altura e intensidad.
- c) **Tempo:** Es la velocidad que se utiliza en una composición, puede ser un movimiento lento, moderado o rápido.
- d) **Intensidad:** El término de intensidad se refiere al punto máximo alcanzado por una onda; es decir, la mayor o menor fuerza con que éste se percibe. Los sonidos se dividen en fuertes y débiles.

e) Armonía: Leyva (1998) “es el uso de dos sonidos musicales superpuestos que escucha el oído a manera de un solo compuesto que recibe el nombre de acorde”. Los acordes logran crear en el individuo ciertos cambios en su estado de ánimo debido a sus componentes; por una parte, el consonante crea influencia en la mente de los individuos y por otra los disonantes producen sensación de tensión y conflicto” (p. 18).

f) Melodía: Salazar (1967 citado por Leyva, 1998,p.17) lo define como: “el lenguaje mismo del músico y patrimonio suyo, el cual transmite su pensamiento”.

Por su parte, Luna (1998, p.8) dice que: “la melodía permite comprender los estados de ánimo de la persona lo más cercanamente posible a su estado afectivo interior, dicho de otra manera se empatiza con el otro, en la capacidad de escucha”.

A lo largo de la experiencia musical se ha podido establecer que la interacción de los elementos musicales causa ciertos estados mentales. En el cuadro siguiente se muestran los resultados de dicha interacción.

Cuadro 2.2 Melodía y armonía

Tonos menores		Tonos mayores	
<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Pesimismo • Melancolía • Nostalgia 	Equilibrio emocional		<ul style="list-style-type: none"> • Alegría • Optimismo • Euforia • Entusiasmo

Fuente: Luna 1998, p. 8

g) Ritmo: Lamote (1984, citado por Leyva, 1998, p. 16) lo define como: “la alternancia de valores largos y cortos, presentados en forma ordenada, [...]. Es el factor ritmo, al que la música debe gran parte de su capacidad para producir efectos psicofisiológicos, los cuales pueden ser tranquilizantes, inquietantes, acariciantes o alegres”.

¿A qué se considera tiempo rápido?, ¿con qué se relaciona? o ¿Qué es tiempo lento? .Para comprender mejor estas interrogantes mencionaremos la definición de tiempo para posteriormente presentar una tabla de algunos estados mentales relacionados con estos elementos.

h) Tiempo: Un tiempo lento es cuando la onda se presenta de 63 a 80 veces en un segundo, a lo que se le denomina Hertz (Hz) suscita dignidad, calma, serenidad, ternura y tristeza; un tiempo rápido es cuando la onda se presenta 102 a 152 veces en un segundo, lo que generará felicidad, aceptación y vigor.

Cuadro 2.3 Ritmos lentos y rápidos

Ritmos lentos	Ritmos rápidos
Depresión Tranquilidad Parálisis Debilidad	<div style="text-align: center;"> Equilibrio </div> <div style="float: right; width: 40%;"> Vida Manía Movimiento Gozoso </div>

Fuente: Luna 1998, p.10

2.9 Principios de la musicoterapia

Gracias al grandioso almacenamiento de información que poseemos como seres humanos, podemos identificar, recordar, discernir, almacenar todos y cada uno de los estímulos sonoros que experimentamos a lo largo de nuestras vidas y que en algún momento construyó nuestra identidad sonora. Para entender más acerca de este tema, a continuación se mencionarán los principios de la musicoterapia.

Iso Las siglas Iso significa Identidad sonora. Benenzon (1997, citado por Aro, 2003, p. 57) dice que es “la noción de la existencia de un sonido o conjunto de sonidos o fenómenos sonoros internos que nos caracteriza y nos individualiza”. Es decir, la música que me evoca ciertas emociones no se las evocará a los demás teniendo por objeto el desarrollo de la personalidad a través de un proceso de diferenciación relacionado a la historia de vida de cada individuo.

Iso cultural: Benenzon (1997) señala que: “es el producto de la configuración global de la cual el individuo y su grupo forman parte”; es decir, es el conjunto de elementos sonoros que caracteriza a cierto grupo de personas, los cuales comparten ciertos gustos, ideas o creencias. Ejemplo de esto son las corrientes musicales; como es, el rock, el dark, la salsa o la cumbia, solo por mencionar a algunas, y que depende de la forma en que el individuo se relacionó con su medio ambiente.

Iso grupal: Es la identidad sonora que va ligado estrechamente al esquema social en el que el individuo se encuentra integrado. Ejemplo de ello es el himno nacional para los mexicanos.

Iso Universal: Es aquella identidad sonora común a los seres humanos, independiente a sus contextos socioculturales individuales.

2.10 Técnicas musicales

El objetivo principal en el procedimiento de acción para el musicoterapeuta o del especialista en ciertos padecimientos mentales u orgánicos los conduce a utilizar recursos musicoterapéuticos, el cual responde ¿para quién?, ¿cómo? y ¿cuándo?, deben de utilizarse ciertas técnicas de trabajo es por ello que a continuación se mencionaran las más utilizadas en la musicoterapia.

Lago (1987, p. 196). Mencionan que: la palabra técnica es utilizada en un doble sentido:

- A) Como método de acción didáctica y de desarrollo de la evolución de los aprendizajes.
- B) Como procedimiento, recurso, habilidad concreta para realizar un determinado trabajo, actividad, etc.

2.11 Los métodos más utilizados Lago (1987):

Dalcroze: Centra su atención en el descubrimiento y desarrollo del movimiento.

Orff: Desarrolla su valor rítmico y expresivo de lenguaje hablado en su relación con la música.

Ward: Dirige su atención al trabajo vocal como control de la entonación, afinación y precisión rítmica.

Kódaly: Su método se basa en el conocimiento de las raíces populares y folklóricas, así como en el canto y trabajo vocal.

Willems: Encuentro en la pedagogía, psicología general y evolutiva en relación directa al desarrollo de la lengua familiar y cultural.

2.12.1 Método de Edgar Willems

Este método utiliza técnicas de atención, percepción y sensibilización auditivas. El método “Willesiano” no parte de la materia, ni de los instrumentos, sino de los principios de vida que unen la música y el ser humano.

Willems (1961) “Las primeras manifestaciones musicales no pertenecen al campo de la pedagogía musical, sino que incumben más bien al de la educación en general de los pequeños. Son las personas de su medio familiar, principalmente la madre, las que pueden desempeñar un papel en el despertar del sentido auditivo y rítmico del niño [...]” (p.20).

Para continuar con el desarrollo evolutivo del ser humano en el campo de la música Willems menciona que la iniciación musical en los niños puede llevarse a cabo en los centros preescolares o por medio de lecciones de música. (p.26).

Por otra parte menciona que las leyes que rigen el desarrollo psicológico de la música son las mismas que las del lenguaje, a continuación se muestra un cuadro con las actividades a desarrollar en la iniciación musical:

Cuadro 2.4 Desarrollo musical y desarrollo psicológico.

LENGUAJE	MUSICA
1. Escuchar las voces	Escuchar los sonidos , los ruidos y los cantos.
2. Eventualmente mirar la boca que habla	Mirar las fuentes sonoras, instrumentales o vocales.
3. Retener sin precisión, elementos del lenguaje.	Retener sonidos y sucesiones de sonidos.
4. Retener sílabas, luego palabras.	Retener sucesiones de sonidos, trozos de melodías.
5. Sentir el valor afectivo, expresivo del lenguaje.	Volverse sensible al encanto de los sonidos (sonajeros), de las melodías.

6. Reproducir palabras aun sin comprenderlas.	Reproducir sonidos, ritmos pequeñas canciones.
7. Comprender el significado semántico de las palabras.	Comprender el sentido de elementos musicales.
8. Hablar uno mismo inteligiblemente.	Inventar ritmos, sucesiones de sílabas (la-la-la, etc.).
9. Aprender las letras, escribirlas, leerlas.	Aprender los nombres de las notas, escribirlas y leerlas.
10. Escribir al dictado.	Escribir al dictado.
11. Hacer pequeñas redacciones,.	Inventar melodías, pequeñas canciones.
12. Llegar a ser escritor, poeta o profesor.	Llegar a ser compositor, director de orquesta o profesor.

Fuente: Willems, 1961, p. 28.

2.12.2 El oído musical

El aparato auditivo es según Dupré y Nathan “el intermediario entre el mundo objetivo de las vibraciones y el mundo subjetivo de las imágenes sonoras” (p.53). Mientras que Willems (1956) dice que el oído musical no es tan solo un órgano sensorial, sino que también comprende una actividad afectiva y mental. Por su parte Helmholtz (citado por Willems1954) menciona que “Son las sensaciones auditivas, precisamente, las que en música forman la materia del arte”.

Es así que Willems enfatiza tres términos, los cuales considera necesarios para situar los momentos característicos de la audición. “Podría decirse oír [ouir], para definir la función sensorial del órgano auditivo, que consiste en recibir los sonidos, en (palparlos); escuchar [écouter] para indicar que se presta interés al sonido, que se reacciona ante el impacto sonoro; entender [entendre] para señalar el hecho de que se ha tomado conciencia del oído y escuchado.

2.12.3 La audición interior

Para Willems la audición interior, en el sentido más completo, es el pensamiento, la ideación musical sonora. Esta no significa imaginar notas, sino también “escuchar” y “recibir” pasivamente los sonidos de la imaginación.

2.12.4 La afectividad en la primera educación

Al respecto Willems menciona que los niños de tres a seis años se encuentran en el período de desarrollo de las afectividades sensoriales emotivas, es por ello que la afectividad, junto con la melodía en música, debe de ser el centro de la educación artística. (pp.58, 59).

Con respecto a la melodía el mismo autor dice que la melodía puede tener numerosas fuentes de inspiración exteriores; los ruidos, los sonidos de la naturaleza, los de las máquinas, los de los trabajos manuales, el grito de los animales, el canto de los pájaros. Pero la verdadera fuente de la melodía, la fuente psicológica, se encuentra en nuestras propias emociones y sentimientos. (p.71).

Para estudiar la naturaleza de la afectividad auditiva Willems (1964) menciona que “según los filósofos el sonido es eminentemente afectivo, puede producir en nosotros múltiples impresiones, según su duración, intensidad, altura, timbre u otras cualidades y por tal motivo la efectividad presenta problemas psicológicos complejos y sutiles que escapan al análisis científico cuantitativo.[...] Si a eso le añadimos la personalidad del ejecutante o del oyente, su temperamento o sus disposiciones momentáneas, se abre ante nosotros un mundo infinito de reacciones afectivas propias del sonido”(pp.67,68).

2.13 Enfoques que respaldan la corriente de la musicoterapia

De acuerdo con las siguientes corrientes psicológicas y biológicas, el ser humano tiene una estrecha conexión con la música, cada una de estas exponen sus propios criterios que han servido para llegar a considerar a la musicoterapia como una nueva herramienta en el trabajo psicoterapéutico.

2.13.1 Psicoanálisis

Freud considerado el padre del psicoanálisis crea sus propias teorías de la estructura del aparato psíquico y da una explicación exhaustiva de cómo las fuerzas internas se encuentran en constante movimiento (Hall 1991). Para ello se dará una breve explicación de dichas entidades psíquicas así como la influencia de la música para cada entidad.

Ello: su principal función es reducir o eliminar la tensión que experimenta el individuo ante una situación desagradable, la cual puede ser generada por su medio externo o interno; ante tal situación el “ello” realiza un acto llamado “proceso primario” el cual surge de la frustración que el individuo experimenta y cuyo objetivo es sentir placer para evitar el dolor, por tal motivo se denomina “el principio del placer”.

Yo: Entidad psíquica que Freud denominó el “principio de la realidad”, siendo ésta capaz de soportar la tensión experimentada en el individuo hasta encontrar el objeto real, ayudando a que el individuo se comporte en relación a las demandas del medio debido al proceso secundario, que es el que estimula los procesos de la percepción, la memoria, el pensamiento y la acción. Tal como lo menciona Hall (1991): “En general esas adaptaciones de las funciones psicológicas permiten que las personas se comporten de manera más inteligente y más eficaz dominando

sus impulsos y su ambiente en interés de satisfacciones y placeres mayores”.
(p.34)

Super yo: Institución de la psique, que es el resultado de la relación que el individuo ha mantenido con las figuras de autoridad, posee 2 subsistemas “el ideal del yo”, en el cual el niño internaliza los conceptos acerca de lo que las figuras de autoridad consideran moralmente bueno; es decir, todas aquellas conductas que aceptan y que premian. El segundo subsistema es la conciencia moral: el niño internaliza los conceptos acerca de lo que las figuras de autoridad consideran malo, dando por consecuencia que el niño sea castigado por las figuras de autoridad.

Aplicando la musicoterapia a estas estructuras. Según Luna (1998) causa un efecto sobre cada una de ellas de diferente manera, como se menciona a continuación:

La música del ello, incluye la cualidad de conmover a los individuos. Ejemplos: Sinfonías 3 y 7, primer movimiento de Beethoven.

La música del yo, para mantener la función del ego, reforzando el sentido de la realidad y fortaleciendo sus defensas; manteniendo el ritmo del S.N.C., por medio de la calma y tranquilidad. Algunos ejemplos serían: Sinfonías 1 y 6, primer movimiento de Beethoven.

El super yo, incluye música, que inspira ideas sublimes y refuerza el mandato moral y las prohibiciones. Ejemplo: Himno Nacional y música religiosa. (p.16).

Por su parte Di Franco (citado por Bétes 2000, p.321) menciona “que hay varias corrientes de estudio que hablan de un nacimiento al que se refiere a la vida uterina, a la fase de gestación, donde en realidad el ser humano empieza a establecer contactos de tipo “meta comunicacional” Según el modelo de M. Klein,

la relación madre-hijo, como una comunicación asimétrica donde el útero, con su forma ovoide circunda físicamente al feto dándole un “contenido afectivo” de tipo protector. [...] es decir, el útero materno desarrolla un papel primario de protección y afectividad”

2.13.2.1 Humanismo

Para Maslow (citado por Luna 1998, p17) “el ser humano necesita satisfacer algunas necesidades, las cuales divide en básicas y metanecesidades. Las primeras son las que el organismo necesita para sobrevivir; en orden de relevancia son: el sueño, la sed, el oxígeno, sexualidad, para después cubrir las de alojamiento y vestido. Posteriormente se cubrirán las necesidades psicológicas de supervivencia, como es la amistad, cariño y afiliación. Cuando las necesidades básicas se han resuelto dan paso a las metanecesidades, las cuales, buscan el desarrollo personal. Es entonces donde la musicoterapia tiene lugar, en la recuperación de las necesidades básicas de desarrollo humano y las metanecesidades como valores transcendentales del ser, es decir, de la persona en su plenitud humana”.

La relación que se encuentra entre la música y el humanismo la muestra Soto (citado por Luna 1998, p17) con la existencia de la frustración, las características sonoras serán a través de ruido y vibraciones inadecuadas; atonal, arrítmica, inarmónica, fuera de tiempo, con un volumen disminuido o exagerado. Mientras que con la satisfacción de las necesidades básicas se generará plenitud humana: salud, afecto, amor, vínculo, amor propio, constante crecimiento, preocupación por sí mismo y por los demás.

2.13.2.2 Otros modelos humanistas

Lorenzo e Ibarrola (citado por Bétes 2000, p.375) dicen que: la práctica de la escucha música, no utiliza ningún medio químico para alcanzar el estado alterado de conciencia, el cual es autoinducido, usando únicamente el cuerpo y la mente del individuo. Bonny y sus colegas (citado por Betes 2000, p.375). Descubrieron que “la música creaba un camino que pasaba por el dolor emocional, discapacidad física, la sensación de pérdida e incluso la vivencia de muerte. La música permitía a la conciencia explorar lo desconocido de un modo dirigido, sin riesgos. Ella se convierte en el guía y permite que afloren las imágenes en la mente del paciente”

2.13.3 El modelo GIM “Imágenes Guiadas con Música”

Helen Bonny creadora de la técnica GIM, quién la define como “una técnica que envuelve la audición de la música en un estado de relajación, para provocar imágenes, símbolos y/o sentimientos con el propósito de proporcionar experiencias de creatividad, de intervención terapéutica, de autoconocimiento y de espiritualidad.

Según (Bonny 1972, citado por Bétes 2000 p.355) la música “contempla” los objetivos terapéuticos de cinco formas distintas:

- 1.- ayudando al paciente a abandonar los controles usuales y a entrar más a su mundo interno;
- 2.- facilitando la liberación de las emociones intensas;
- 3.- contribuyendo a una “experiencia culminante”
- 4.- dando continuidad a una experiencia donde el tiempo no existe;
- 5.- dirigiendo y estructurando la experiencia.

2.13.4.1 Musicoterapia Gestáltica

La forma en que percibimos e interpretamos los estímulos que llegan a nuestros sentidos se encuentran influidos por varios factores tanto externos como internos, en el siguiente espacio se mostrará la propuesta gestáltica y sus principios, que permiten llegar a un trabajo terapéutico. Con el fin de comprender mejor esta corriente musicoterapéutica Machado (2006) expone lo siguiente: “La denominada actitud gestáltica es la base sobre la que construirla, es decir, una actitud de respeto hacia la persona, sin intentar cambiar nada, sosteniendo lo que exista, estando en contacto con uno mismo y siempre con la esperanza de que algo suceda y si no sucede...”

Uno de los principales fundamentos de la Gestalt es la atención- continuo atencional basándose en el entrenamiento de los procesos de atención y cuyo objetivo es desarrollar estrategias que permitan al individuo trabajar en el aquí y en el ahora, lo que significa estar con uno mismo; ejemplo: (yo me siento...; yo estoy...; yo pienso...), siempre hablando en primera persona. Para comprender mejor estos conceptos, se mencionarán los elementos que la corriente gestáltica utiliza en la musicoterapia.

2.13.4.2 Elementos de trabajo gestáltico considerados por Machado (2006)

- 1) Entrenamiento de la escucha: audiciones guiadas; improvisaciones sonoras; construcción de texturas sónicas.
- 2) Entrenamiento en la atención: por medio del trabajo en el presente y en el continuo atencional, en diversos niveles: sensorial, perceptual, cognitivo y espiritual.
- 3) La disciplina de la Observación en el Aquí y Ahora: “Lo que es, es y lo que no es, no es”; una disciplina per se, observando lo que sí es, aceptándolo Simplemente y no queriendo que sea de otra manera. ACEPTACIÓN.

- 4) La relación interpersonal (la música, yo y el mundo) y el trabajo intrapersonal (la música y yo).
- 5) Las “ideas locas”: “quiero ser el mejor violinista del mundo”; “nunca podré con este pasaje”: “jamás llegaré a tocar el Emperador”; “no tengo voz”; “no tengo oído”; “Soy una negada (o) para la música”; y un sinfín de locuras”.
- 6) Los elementos polares (Polaridades): agresivo versus dulce; rápido versus lento; sonido duro-aristado versus suave-redondo.
- 7) La espontaneidad sonora: un trabajo libre improvisación tanto con instrumentos convencionales como brutos.

2.13.5 La música en la neurofisiología

Como ya se ha mencionado en apartados anteriores es importante el desarrollo de nuestros procesos psicológicos, ambientales y sociales, ahora bien para comprender mejor el concepto biopsicosocial es de destacar la participación de la biología humana; daremos una breve explicación de los principales elementos biológicos que hacen posible una completa interpretación de los estímulos que percibimos.

Para poder interpretar los estímulos ambientales. Guyton (1997) dice que: Primeramente se necesita de un buen funcionamiento orgánico, las neurociencias se encargan de estudiar las funciones del sistema nervioso, es decir, la manera en que la información sensitiva se recoge de todo el organismo; vísceras, músculo esquelético, arterias, tejidos profundos, aparato del equilibrio entre otros, y de cómo está información es utilizada para regular la temperatura, presión sanguínea, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria. Posteriormente se transmite la información de los nervios a la médula espinal y el encéfalo. Una vez terminado

este proceso se responde de forma inmediata, enviando la información a los músculos o a los órganos internos y así obtener alguna respuesta motora.

Luna (1998), dice que se realizó una asociación específica sobre la responsabilidad musical con el cerebro humano, que incluía el estudio de la medición de ondas cerebrales de diversas actividades, mediante electroencefalogramas”.

“Hayvey (citado por Luna 1998, p 20) clasifica en cuatro tipos las respuestas cerebrales a la música:

1. **Cognitiva:** Se dice que a mayor entrenamiento musical más escucha con su hemisferio izquierdo.
2. **Afectiva:** Investigaciones recientes dicen que la música afecta los centros del placer del sistema límbico que son los que gobiernan muchas de las experiencias emocionales.
3. **Física:** Muchos individuos con daño cerebral y con severo y profundo retraso responden directamente a la música y excluyen la cognición en corteza.

También se encontró que la frecuencia de la actividad eléctrica cerebral puede medirse y que ésta se encuentra afectada cuando se escucha música; y que diferentes tipos de música producen tipos distintos de ondas.

4. **Transpersonal:** Aceptar que la música puede ser un medio para alterar nuestra conciencia”.

La música ha estado presente en nuestro desarrollo evolutivo, como seres individuales y/o seres sociales, la cual, se ha utilizado desde tiempos remotos y que en la actualidad se sigue utilizando con fines terapéuticos. En el siguiente capítulo se mencionaran ciertas técnicas para el tratamiento de la ansiedad así como las aportaciones que la musicoterapia ha realizado en el área infantil.

CAPÍTULO III. TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD Y MUSICOTERAPIA EN LA INFANCIA.

En este capítulo se mencionarán las más relevantes formas de intervención psicoterapéuticas en las distintas manifestaciones de la ansiedad; para ello, se iniciará con la propuesta conductista hasta llegar a la farmacoterapia, para continuar con una breve exposición del trabajo que se ha realizado en musicoterapia con distintos padecimientos.

Echeburúa (1997 p. 106) dice que la terapia de exposición ha demostrado su eficacia en los trastornos de ansiedad caracterizados por conductas de evitación; como son, las fobias y los rituales compulsivos, sin embargo, tanto para la ansiedad excesiva o ansiedad de separación esta práctica parece no tener los mismos resultados favorables.

3.1.1 Terapia conductual

Para llevar a cabo esta práctica, es necesario cubrir ciertos requisitos como son: establecimientos de metas realistas, identificación de cada una de las conductas problemáticas, práctica regular de auto exposición y manejo de contratiempos que impidan el logro de objetivos por sesión.

Echeburúa (1997) dice que esta práctica consiste en exponer al paciente a los estímulos temidos; por ejemplo: ensuciarse, dejar la habitación desordenada y de impedir las conductas rituales; tales como, lavarse las manos, ordenarlo todo con arreglo a un ceremonial determinado entre otras conductas.

Como se mencionó la técnica de exposición es eficaz para ciertas manifestaciones de la ansiedad, pero qué sucede con la ansiedad de separación o la ansiedad excesiva, siendo la primera de éstas, la más común de padecer en edad preescolar. Echeburúa (1997) menciona que la técnica con mejores resultados ha sido la relajación, debido a que puede controlar las respuestas que activa al organismo.

3.1.2 Relajación

La relajación se constituye en una estrategia de afrontamiento para hacer frente a los estímulos y situaciones suscitadoras de ansiedad.

El método de la relajación progresiva de Jacobson está basado en tensar y relajar los principales grupos musculares del cuerpo (brazos, cara, cuello, tronco y piernas), al tiempo que el sujeto se concentra en las sensaciones relacionadas con la tensión y la relajación.

Una vez que el niño ha aprendido la técnica se sugiere realizarla 2 veces al día de 10 a 15 minutos aproximadamente.

Sin embargo, este método se ha llegado a considerar poco adecuado para los niños, debido a que muestran dificultades para alcanzar la relajación e incluso para distinguir entre las sensaciones de tensión y de relajación.

3.1.3 Modelo simbólico

Según Bragado (citado por Echeburúa 1997), el modelo simbólico filmado ha obtenido resultados favorables, al ver a través de una escena televisiva que el estímulo que le genera temor no es desagradable, le permite al niño crearse una imagen distinta, esto le reduce la ansiedad y le provoca mayor cooperación.

También el modelo simbólico se puede presentar por medio de cuentos o narraciones; aunque, tienen una menor influencia que las imágenes.

3.1.4 La práctica reforzada

La práctica reforzada está enfocada a la adquisición de conductas nuevas y adaptativas.

Tiene dos objetivos, uno de ellos es que el estímulo que le genera ansiedad pierda el valor ansiógeno, el otro es enseñar al niño a tener una nueva conducta a través de aproximaciones sucesivas. A continuación expondré la metodología empleada para tratar la fobia escolar; aunque también puede utilizarse para algún otro estímulo que le genere ansiedad al niño. Kennedy (1965, citado por Echeburúa 1997, p. 115) establece un programa para el tratamiento a la fobia escolar; el cual reúne los siguientes componentes: detección del problema que causa ansiedad, recabar información de los padres y profesores en relación a la manifestaciones que presente el niño, crear un programa en extinción de conductas adecuado a las necesidades del niño, instruir a los maestros y padres en el programa de extinción para que en cuanto el niño presente las conductas ansiógenas se le forzara a acudir a la escuela. Cabe señalar que el autor considera que la asistencia a la escuela sea en compañía del padre y no de la madre permaneciendo con él por períodos progresivamente prolongados, reforzando al niño la interacción con sus compañeros y/o maestros y finalmente alentarle a permanecer en la escuela a pesar del miedo.

3.1.5 Desensibilización sistemática con aproximaciones sucesivas.

Joseph Wolpe (citado por Solloa 2006, p. 249) desarrolló la técnica de desensibilización sistemática, misma que contiene 3 fases, en la primera de ellas se enseña al niño a relajarse, en la segunda fase se jerarquizan diferentes escenas de un mismo estímulo que le provocan ansiedad, posteriormente se inicia con el último evento de la lista que le genera ansiedad y se trabaja con ese suceso invitando al niño a pensar en esa escena solicitándole que se relaje y continúe con el siguiente evento hasta llegar al primero de ellos; en esta técnica el niño puede elegir la actividad que él considere mejor para disminuir su ansiedad, puede dibujar, leer o ver caricaturas.

En la última fase se enfrenta en vida real al niño con el estímulo que le genera ansiedad. Para esta última fase, el psicólogo debe considerar si el niño se encuentra preparado para enfrentarse directamente con el estímulo ansiógeno, en caso de que no estarlo, el estímulo ansiógeno se va presentando a medida que el niño lo permita y sin que le cause ansiedad.

3.2 Métodos cognitivos

Para los teóricos de la corriente cognitiva, el problema se deriva del pensamiento ya que estos, pueden guiar al niño directamente a sus emociones y por ende, pueden distorsionar la forma de percibir lo que le rodea. Su objetivo es modificar los pensamientos que causan ansiedad y sustituirlos por otros que sean capaces de crear en el niño conductas de adaptabilidad ante las circunstancias que enfrenta día a día.

3.3 Técnica Cognitivo-Conductual

Kendall propone un programa para trabajar con niños ansiosos, el cual incluye 4 fases (citado por Solloa 2006): Lenguaje interno, solución del problema, autoevaluación y relajación.

Este programa el psicoterapeuta trabaja con el niño, primero le enseña a bajar los niveles de perfeccionamiento, ya que esto lo puede llevar a sentirse incapaz de lograr ciertos éxitos y por ende a decirse frases negativas; posteriormente el psicólogo ayuda al niño a crear varias alternativas para solucionar sus problemas, cuando el niño logra resolver alguna parte del problema, se le refuerza con frases positivas dicha conducta, esto permite que el niño se percate de sus logros y se sienta satisfecho por ello. Finalmente se invita al niño a experimentar sentimientos de paz, lo que da pauta a la conciencia de sí mismo, logrando la relajación.

3.4 Terapia racional-emotiva

Kennedy (citado por Echeburúa 1997, p119) menciona que "la terapia racional-emotiva es una alternativa de tratamiento para los rituales compulsivos en la infancia". Para este tipo de padecimiento se trabaja de la siguiente manera. primero se le solicita al niño que haga una diferenciación de las actividades que son necesarias de las que no lo son, aunque estas últimas le resulten agradables. Posteriormente se comienza a realizar cambios como, intercalar el orden del ritual; es decir, posponer el comienzo o cambiarlo al final del ritual.

Por su parte Ellis (citado por Solloa 2006,) dice que:

"La meta es guiar a los pacientes a identificar y cambiar los pensamientos irracionales que acentúan sus dificultades psicológicas particulares" [...] Se le enseña a remplazar pensamientos desadaptativos tales como "no lo puedo

soportar”, por un pensamiento más racional “es desagradable pero lo puedo soportar”.[...] Debido a la sofisticación cognitiva que esta terapia requiere no es factible de utilizar con niños pequeños”.

(p. 250).

3.5 Tratamiento psicodinámico

Para comprender mejor, el mecanismo del psicoanálisis, es preciso recordar el capítulo 2, en el que se dio una breve explicación de las estructuras psíquicas que según Freud conforman la psique de cada individuo, sólo recordaremos que el *yo* , el *ello* y el *superyó* son estructuras que dinamizan dentro de la mente del individuo; las cuales, tienen su propia funcionalidad, el *yo* se denomina como el principio de la realidad; es decir, es la estructura capaz de hacer una diferenciación entre lo real y lo imaginario y que hace uso de los procesos superiores como es el pensamiento. El *super yo* es la estructura que mantiene almacenada la información de las figuras de autoridad y por último el *ello*, cuya estructura busca el placer con el objetivo de evitar el dolor a través de acciones que causan placer.

Por su parte Sperling (citado por Solloa 2006, p. 251) “dice que el psicoanálisis es un alternativa de tratamiento para la ansiedad y cuyo objetivo es analizar y modificar los principales mecanismos de defensa y producir cambios estructurales en el *yo* y el *superyó*.”

Solloa (2006) hace mención de los 3 puntos a considerar en la terapia psicoanalítica: Los antecedentes de desarrollo, cómo se desarrolla el niño con su entorno y, por último, la influencia de los padres frente a los problemas del niño.

En el primer punto se recaba información del niño sobre su desarrollo y los probables factores que detonaron la conducta ansiosa, así como la sintomatología de la misma.

En el segundo punto se observa con más detalle la conducta ansiosa del niño; también se observa cómo reacciona el niño ante su entorno, la forma en que hace frente a las dificultades y cómo las resuelve.

Por último, se analiza la influencia de los padres frente a los problemas del niño, ya que las conductas ansiosas de los niños por lo general son conductas aprendidas de los progenitores.

3.6 Tratamientos psicoterapéuticos para reducir la ansiedad

Hasta el momento hemos hablado las distintas teorías psicoterapéuticas para tratar a la ansiedad; sin embargo, este trabajo sería imposible si no se utilizaran técnicas adecuadas para los niños. A continuación se mencionarán las más utilizadas.

Solloa (2006 p. 251, 252) dice que en la práctica psicoterapéutica, las técnicas que han resultado con mayor eficacia en la reducción de la ansiedad, son el juego, el dibujo, las historias y los juguetes. Su función principal es que el niño exprese cómo se siente, ¿qué le genera ansiedad?, ¿cómo se manifiesta?, y por último, lograr, corregir sus conjeturas acerca de la misma.

3.7 Tratamiento familiar

La participación de los padres en la reducción de la ansiedad es vital, debido a que el niño aún depende de ellos, por tal motivo son pieza clave en el cumplimiento del tratamiento, para ello se da información acerca del problema de su hijo y del tratamiento.

Yule (citado por Solloa 2006, p.253). “Señala que la intervención familiar puede ir desde guiar a los padres a través de instrucciones sencillas y directas, hasta un entrenamiento profundo en técnicas de manejo conductual”.

3.8 Farmacoterapia

La prescripción médica de ciertos medicamentos ansiolíticos, son en su mayoría para el trastorno obsesivo-compulsivo y para la fobia escolar (ansiedad por separación); sin embargo, Echeburúa (1997) dice que “Los psicofármacos no constituyen un tratamiento de primera línea en la terapia de los trastornos de ansiedad en la infancia y, sin embargo, son muy utilizados en la clínica. Pueden ser, en todo caso, una ayuda complementaria al tratamiento psicológico y no deben utilizarse en niños menores de 6 años”.

Por su parte Last, (1989 citado por Solloa 1997 p. 121) dice que: “la utilidad de los psicofármacos en los trastornos de ansiedad no está bien documentada por estudios solventes, excepto cuando los trastornos de ansiedad vienen acompañados de síntomas depresivos”.

3.9 La musicoterapia

La musicoterapia es una alternativa de tratamiento prácticamente joven. De acuerdo con Luna (1998, p.72), en 1944 se imparte el “1er. Plan de estudios destinados especialmente a la formación de musicoterapeutas”). No es hasta 1950 que da inicio la musicoterapia en México, la cual es una fusión de conocimientos de distintos países; sin embargo, el modelo Humanista existencial ha logrado en México crear un nuevo y distinto enfoque de tratar los padecimientos. Este modelo busca a través de sus propias teorías lograr el equilibrio del individuo.

El Dr. Polit (Dir. Del Instituto Mexicano de Musicoterapia Humanista) trabaja principalmente con el área emocional y energético espiritual, quien considera que son las áreas donde menos está conectado el ser humano, generalmente se está conectado con la mente, con su ego, pero poco con sus sentimientos y su energía espiritual.

En octubre del 2010 se llevó a cabo el taller de musicoterapia “la música un lazo para el encuentro”, el procedimiento consistió en una serie de ejercicios que permitían el diálogo con la propia persona.

El objetivo principal fue sensibilizarse al estímulo musical; primeramente se solicitó acostarse, o tomar una posición cómoda y a partir de esa actitud comenzó la música; conforme pasaba el tiempo, la ponente iba cambiando las melodías, las cuales, se relacionaban con distintos estados de ánimo, se pidió que no sólo se escuchara con los oídos, sino con todo el cuerpo; piel, pies, manos, brazos, cara, es decir sentir las ondas sonoras en cada parte del cuerpo. Posteriormente se comentaron las experiencias propias. Otra actividad realizada fue compartir una cartulina con un compañero de grupo y realizar trazos al ritmo de la música, el objetivo fue saber cómo se comunicaban con el otro y hasta qué grado se permitían conocer.

En el Encuentro Nacional de Psicoterapia Humanista en Puebla (2010, 16 de octubre): Se mencionó que la música es el medio que conduce a la conciencia de sí mismos y de las propias emociones.

Por su parte Luna (1998, p.71) dice que la aplicación de la musicoterapia humanista es de dos formas, una de ellas es a través, de talleres vivenciales para después aplicarlo a otras personas; es decir, de aprendizaje y la otra forma es exclusivo de crecimiento personal.

En el ámbito preescolar, se puede decir que se ha trabajado con niños autistas, niños con síndrome de Down, niños con disminución auditiva, con disminución visual, niños con asma, debido a los cuidados que requieren dichos padecimientos. Pero hasta el momento no se ha documentado de manera minuciosa, cómo se trabaja para reducir los niveles de ansiedad en edad preescolar.

A continuación se dará una breve descripción del trabajo musicoterapéutico con cada uno de los padecimientos mencionados.

3.10 En la educación y el desarrollo infantil

“Cuando un niño muestra una reacción placentera ante la música se puede concluir que el niño es sensible a la música y ella puede ser valiosa para su educación” Alvin (1965, citado por Gigena, 2005, p.28).

En los salones de clases se utiliza la música al mismo tiempo que el niño se encuentra realizando las actividades encomendadas por los profesores, Aro (2003) dice que:

“La música también actúa armonizando la relación niño con el profesor. El niño recibe la información libre de tensión y de angustia [...] Un sistema de

técnicas musicoterapéuticas irá encaminado a cubrir unas áreas bien determinadas en la vida cotidiana del niño en edad escolar: potenciar sus capacidades intelectuales y estados positivos (ánimo, voluntad, comprensión...), e impulsar su área intelectual (atención, concentración, memoria, reflexión...).

El ingreso a la escuela, así como en varios momentos del ciclo escolar es uno de los tantos retos que el personal de los jardines de niños tiene que enfrentar; por ello, es necesario que el personal de las instituciones implemente acciones que permitan que los procesos superiores de cada niño se estimulen de forma paralela y mejorar en la adquisición del conocimiento.

Para ello Amaro (citado por Aro 2003, pp. 173,174) confirmó los efectos de la música en 11 niños de 3 años de edad, a los cuales se les dio la indicación de realizar un dibujo libre en una hoja de papel sin ningún estímulo musical, posteriormente a los mismos niños se les dio otra hoja y la misma indicación. En los dibujos sin música se observó líneas superpuestas, ángulos mezclados y líneas superpuestas en diferentes posiciones; sin embargo, en los dibujos realizados con el estímulo musical se observaron una reorganización en el esquema mental de los niños que los llevo a plasmar figuras completas; tales como humanos, animales y paisajes.

Por su parte Mazadiego y Reboredo (2008), realizaron una investigación en Poza Rica Veracruz, México, para conocer si la musicoterapia reducía los niveles de ansiedad en lactantes, por lo que se estudiaron a 23 lactantes de edades entre 2 meses a 2 años de edad que asistían a la estancia infantil del Instituto Mexicano del Seguro Social. Las conductas que manifestaban antes de la intervención con música fueron las siguientes: llanto, inquietud, ansiedad, inseguridad, depresión, miedo e irritabilidad.

La forma de intervenir fue la aplicación de la musicoterapia a los aspectos motrices, cognitivos y afectivos, a través de arrullos, contacto visual y físico, este

último a través de caricias, durante este tiempo el estímulo musical estuvo presente en todo momento.

Los resultados obtenidos fue que el 100% de los niños sonreía y la atención, la alegría, jugar, así como, el dormir, fueron conductas que se incrementaron. Concluyendo que la musicoterapia si tuvo influencia en la reducción de la ansiedad.

3.11 La música en la educación especial

Los niños de educación especial requieren de mayor cantidad y diversidad de estímulos que los niños normales. De acuerdo con Aro (2003), la musicoterapia se emplea en 3 formas:

1. Activa. El niño juega, canta, manipula instrumentos u otros objetos.
2. Receptiva. El niño escucha.
3. Receptiva-Activa-interdisciplinar: como apoyo a otras actividades (dibujo, expresión corporal, modelado).

Por su parte Satinosky (2006 p. 76) dice que la mejor forma de intervenir con los niños, es plantearse las necesidades de cada uno de ellos, interviniendo de distintas formas, pueden ser con los sonidos que emiten su propio cuerpo; como son, las manos, chasquidos, utilizando su cuerpo, y con la propia creatividad de cada uno de ellos, esto ayudará a una pronta integración al grupo.

Los resultados obtenidos en sus sesiones fueron los siguientes:

- Las letras de las canciones trasformaron los rostros, por instantes de concentración. La memoria conllevó a establecer un lazo de comunicación.
- En la marcha, el canto y danza produjeron efectos de socialización.

3.12 Afasias y agnosias.

Las personas que padecen afasia tienen dificultad en la comprensión del lenguaje y pueden presentar gran perturbación en la producción verbal.

También existen las apraxias, en las cuales, de acuerdo con la localización y extensión de la lesión cerebral, la persona puede perder ciertas habilidades; entre las que se encuentran la expresión gestual intencional, olvidarse como vestirse, perder capacidad para el dibujo.

Mientras que los pacientes que padecen de agnosia no reconocen objetos, imágenes, sonidos. Esto depende del área sensitiva-sensorial en la que se manifiesta el trastorno.

Para tratar estos trastornos Benenzon (1998), explica que la forma de trabajar es, en primer lugar con una ficha de evaluación neurosonoro-musical, la cual contiene datos personales, evaluación rítmica, evaluación del canto, discriminación y memoria auditiva; así como fenómenos sonoros o musicales, para posteriormente elaborar un plan terapéutico; el cual puede ser de forma individual o grupal de corto alcance, mismo que se irá modificando de acuerdo a las necesidades del paciente.

Los resultados que se obtuvieron en el trabajo con estos padecimientos fueron los siguientes:

De 41 pacientes afásicos. Se encontró que la función más comprometida era la rítmica (63%), cuya lesión sistémica apareció en el área postrolándica parieto-temporal medial. El (31%) tenía falla en los aspectos melódicos, lo que demuestra poca intervención del hemisferio izquierdo. La discriminación auditiva estaba alterada en el 26,8%. En los pacientes con afasia de Broca (área14), las alteraciones musicales fueron raras: el 35% tenía trastorno rítmico y el 28,5% melódicos. Más de la mitad (66%) de los pacientes portadores de afasia de

Wernicke (área 12) mostrando compromiso en los aspectos rítmicos: las mayores alteraciones en aquellos con afasias globales (área 9), estando comprometidos los aspectos rítmicos en el 88,8% de los casos.

Las lesiones de hemisferio izquierdo responsable de afasias pueden determinar también trastornos en las funciones musicales. En ellas se encontró que la función más comprometida son los aspectos rítmicos, que están alterados en el 63% de los pacientes.

Los aspectos melódicos estaban comprometidos en 13 de los 41 pacientes (31%), lo que demuestra que comparativamente su poca importancia en las lesiones del hemisferio izquierdo. Con respecto a la discriminación auditiva, está comprometida en 11 de los 41 pacientes (26,8%), todos ellos con lesiones postrolándicas parietotemporales.

Las alteraciones con afasia de Broca son raras: el 35 % tienen alteraciones rítmicas y el 28,5% melódicas.

3.13 Síndrome de Down

De acuerdo con Luna (1998) *“La musicoterapia se aplicó a los niños de educación especial [...] En el caso de los autistas, o la expresión de sentimientos y emociones en niños con Síndrome de Down se utilizaron algunas figuras rítmicas y melódicas que auxiliaron el aprendizaje de conceptos geométricos como círculo, cuadrado y triángulo para que los niños con retardo en el desarrollo o desórdenes espacio temporales, o con daño cerebral leve, se iniciaran en la lectoescritura”*.

Los resultados que se obtuvieron a través de estas prácticas es el desarrollo de las habilidades de comunicación de los niños y sus relaciones con el medio como medio alternativo de expresión.

3.14 Disminuidos Auditivos

Según María Fux (citado por Aro, 2003; p. 103). Las sesiones son individuales o grupales. El camino para alcanzar esta posibilidad consiste en introducir a los niños sordos en las clases colectivas de los niños oyentes, pues en primer lugar vislumbran, de esa forma un mundo hasta ese momento desconocido que los motiva favorablemente y los encamina hacia la expresión.

Dentro de las actividades a realizar se encuentran, sentir las vibraciones del cuerpo del compañero, cuando canta, baila o grita y compararla con las propias y la de los demás, percibir el latido cardíaco de sí mismo y de los otros, son de las experiencias más enriquecedoras en comunicación que existen.

En las prácticas con niños disminuidos auditivos María Fux dice lo siguiente: *“Dejo que el niño sordo observe la clase de danza hasta sentir que el ritmo colectivo lo invade y lo impulsa a incorporarse al grupo con naturalidad. Dejo que desarrolle el nivel de movimiento de acuerdo con el grado de comprensión mental y corporal que le corresponde y que se comporte dentro de sus posibilidades”*.

El resultado observado con dicha práctica es la búsqueda de la comunicación con los demás.

3.15 Disminuidos visuales

El musicoterapeuta debe conocer las dificultades y posibilidades visuales del paciente para un mejor desarrollo de las sesiones.

Aro (2003) menciona que la forma de trabajar con estos niños es a través de la imitación de ritmos propuestos por el musicoterapeuta, improvisación de ritmos ayudados por elementos vocales, ejercicio en los que destaque el acento, el pulso, el compás, la frase rítmica, movimiento sin desplazamiento como el

balanceo, saltos, flexiones y siguiendo un ritmo marcado, desplazamiento simples sin marcha, ejercicio de coordinación viso-motriz con niños que tienen restos visuales, ejercicio de desplazamiento siguiendo itinerarios muy delimitados para captar y percibir figura-fondo y espacio dentro del campo perceptivo, danzas con compañeros o en grupo para percibir las relaciones espaciales con relación a uno mismo y al otro u otros.

El objetivo de dichas estrategias es la posibilidad de una autoexpresión, adquisición de la autoconfianza, comunicación e integración social.

Como se apreció en este capítulo la ansiedad es tratada con diversas técnicas psicoterapéuticas, mientras que en la musicoterapia aún no se han descrito estrategias que permitan la disminución de la ansiedad en edad preescolar.

De ahí la relevancia de este trabajo que tiene por objetivo la utilización de música instrumental como estrategia de intervención para la sintomatología ansiosa en niños preescolares.

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los efectos de la musicoterapia pasiva sobre los síntomas de ansiedad de niños de 4 a 6 años 1 mes que asisten al Centro de Desarrollo Infantil DIF Niños Héroes?

4.2 OBJETIVOS

4.2.1 Objetivo General:

Conocer los efectos de la musicoterapia pasiva sobre los síntomas de ansiedad en niños de edad de 4 a 6 años 1 meses.

4.2.2. Objetivo Específico:

- ◆ Determinar si la musicoterapia pasiva disminuye las subescalas de ansiedad fisiológica, inquietud e hipersensibilidad y preocupaciones sociales del Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R) adaptado a la edad de 4 a 6 años 1 mes.

4.3 HIPÓTESIS

4.3.1 Hipótesis de Trabajo.

H₁ La musicoterapia pasiva ayuda en la reducción de las subescalas de ansiedad fisiológica, inquietud e hipersensibilidad y preocupaciones sociales del Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R) adaptado en niños de 4 a 6 años 1 mes que asisten al Centro de Desarrollo Infantil DIF del Centro Cultural y Recreativo Niños Héroeos.

4.3.2 Hipótesis Nula:

H₀. La música pasiva no influye en la reducción de los síntomas de ansiedad en niños de 4 a 6 años 1 mes que asisten al Centro de Desarrollo Infantil DIF del Centro Cultural y Recreativo Niños Héroeos.

4.3.3 Hipótesis Alterna:

H_a. La musicoterapia pasiva incrementa los síntomas de ansiedad en niños de 4 a 6 años 1 mes que asisten al Centro de Desarrollo Infantil DIF del Centro Cultural y Recreativo Niños Héroeos.

a. VARIABLES Y DEFINICIONES

4.4.1. Variable independiente:

- ◆ Musicoterapia pasiva.

Definición conceptual: La musicoterapia es “la utilización de la música para conseguir objetivos terapéuticos: la restauración, mantenimiento y mejora de la salud mental”. Machado (2006, p 23) cita a Martí (1980).

La musicoterapia pasiva entendida como técnica utilizada en musicoterapia; la cual se caracteriza por la “escucha musical” (Rejane, citado por Bétes, 2000, p. 351).

Definición operacional: Exposición de estímulos musicales (Tchaikovsky, Mozart y Chopin) en un lapso de 5 días con una duración de 50 minutos.

4.4.2 Variable dependiente:

- ◆ Síntomas de Ansiedad.

Definición conceptual: “Los síntomas de ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación”. (Tyrer 1982 citado por Díez p.33).

En este estudio se midieron:

- ◆ Ansiedad fisiológica: es un índice de la expresión del niño hacia las manifestaciones físicas de ansiedad (reactivos 1,5,9,13,17,19,21,25,29,33).
- ◆ Inquietud e hipersensibilidad: Los reactivos que caen dentro de esta categoría a lo largo del análisis factorial contienen la palabra “preocupación” o bien sugieren que la persona es miedosa, nerviosa o de alguna manera hipersensible a presiones ambientales.
(reactivos 2,6,7,10,14,18,22,26,30,34,37).

- ◆ Preocupaciones sociales y de concentración: Los reactivos de esta subescala expresan una preocupación acerca de la autocomparación con otras personas o expresan cierta dificultad para la concentración. (reactivos 3, 11, 15, 23, 27, 31,35).

Definición operacional: Síntomas de ansiedad medidos por el Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R). Los síntomas de ansiedad evaluados se relacionan con:

- ◆ Ansiedad fisiológica
- ◆ Inquietud e hipersensibilidad
- ◆ Preocupaciones Sociales y de Concentración.

4.5 Diseño de investigación

El diseño utilizado fue prueba-posprueba y grupos intactos (uno de ellos “control”). Por lo que antes de la intervención ambos grupos manifestaban síntomas de ansiedad.

4.6 Tipo de estudio

El tipo de estudio fue descriptivo, debido a que se describieron las características sociodemográficas, así como los síntomas de ansiedad que los niños presentaban.

4.7 Muestra

La muestra se conformó por 17 niños, distribuidos de la siguiente manera:

1. Grupo control: Conformada por 6 niños y 2 niñas.
2. Grupo experimental: Conformada por 8 niños y 1 niñas

4.7.1 Criterios de inclusión

Los niños de 4 a 6 años 1 mes que presentaron síntomas de ansiedad formaron parte de la muestra en estudio.

4.7.2 Criterios de exclusión

- Los niños de 4 a 6 años 1 mes que no presentaron síntomas de ansiedad no formaron parte de la muestra en estudio.
- Los niños menores de 4 años y mayores de 6 años 2 meses no formaron parte de la muestra en estudio.

4.8 Muestreo

El muestreo fue no probabilístico, de sujetos tipo, debido a que todos manifestaban síntomas de ansiedad.

4.9 Instrumento de recolección de datos

El CMAS-R subtitulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños. Este instrumento se aplicó de manera individual y con ayuda del investigador. El niño responde los reactivos con un “Sí” o un “No”, mientras

que el aplicador encierra con un círculo la respuesta. La respuesta “Sí” indica que el reactivo está describiendo los sentimientos o acciones del niño, mientras que la respuesta “No” indica que el reactivo por lo general no lo está describiendo. Debido a que los resultados se derivan de las respuestas afirmativas del niño, una puntuación elevada indica un alto nivel de ansiedad o mentira en esa subescala. Para conocer si los niños que asisten al Centro de Desarrollo Infantil DIF del Centro Cultural y Recreativo Niños Héroes manifestaban síntomas de ansiedad se aplicó una preevaluación del CMAS-R, Cuestionario que mide características de la ansiedad mismo que reporta: una consistencia interna calculada a través de alfa de Cronbach los cuales son los siguientes: .76 para la puntuación de Ansiedad total (.82 para las niñas y .70 para los niños), .61 para Ansiedad fisiológica, .66 para inquietud/hipersensibilidad y .58 para Preocupaciones Sociales/concentración. En apoyo a la validez concurrente y discriminante, se observó una correlación .69 ($p < .01$) entre Ansiedad total de las CMAS-R.

La Escala Manifiesta en niños está integrada por 5 subescalas constituida de la siguiente manera:

- a) Ansiedad total.- Se basa en 28 reactivos de ansiedad. Los cuales están divididos en tres las subescalas de Ansiedad fisiológica, Inquietud e hipersensibilidad y Preocupaciones sociales.
- b) Ansiedad fisiológica.- Se compone de 10 reactivos. Esta escala está asociada con manifestaciones fisiológicas como son: trastornos de sueño, náusea y fatiga.
- c) Inquietud e hipersensibilidad.- Compuesta por 11 reactivos, esta subescala se encuentra relacionada con una preocupación obsesiva de una variedad de cosas, la mayoría son relativamente vagas y mal definidas en la mente del niño o bien sugiere que la persona es miedosa, nerviosa o hipersensible.

- d) Preocupaciones sociales y de concentración.- Consta de 7 reactivos, esta subescala se asocia con ciertos miedos, de naturaleza social o interpersonal. Los niños que obtienen calificaciones altas en esta subescala, pueden sentir ansiedad por no ser capaces de vivir a las expectativas de otros individuos significativos en su vida.
- e) Mentira.- Se compone de 9 reactivos. Una puntuación elevada requiere que el clínico determine si el niño daba respuestas válidas para la Escala de Ansiedad; es decir, una puntuación elevada puede ser un indicio de un autoinforme impreciso o en algunos casos, el niño con puntuaciones elevadas para esta escala se relaciona con la necesidad excesiva de deseabilidad o aceptación social.

El instrumento de medición fue adaptado, se modificó la redacción de los ítems: del 1 al 17, nombrándolos en primera persona, la aplicación fue de forma individual y las respuestas fueron anotadas por el evaluador, por último se modificó el orden de los reactivos, el evaluador inicio las preguntas a partir del ítem 17 al 37 para continuar con el ítem del número 1 al número 16.

4.10 Escenario

La investigación se realizó en el Centro de Desarrollo Infantil DIF del Centro Cultural y Recreativo Niños Héroe, la aplicación de las evaluaciones fue en aulas con condiciones ambientales adecuadas como es iluminación, ventilación y libre de ruidos ambientales.

El taller de introducción a la sensibilización auditiva musical se impartió en el aula de música, equipado con espacio y material para desarrollar la intervención musical.

4.11 Procedimiento

Inicialmente se realizó un cuestionario con preguntas relacionadas a la sintomatología de la ansiedad; cuya, finalidad fue conocer si los niños comprendían algunos términos tales como preocupación, nervioso, agradable, amable; para ello se solicitó a 5 profesores de la Universidad Insurgentes validar el instrumento, el cual obtuvo validez por interjueces con un 100% de acuerdo. Una vez obtenida la validación, nos percatamos de que el cuestionario que se creó contenía las mismas preguntas que la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), por lo que se decidió utilizar este último, haciéndole solo algunas adaptaciones.

Dichos cambios fueron los siguientes:

- ◆ Modificación en la redacción de los ítems: del 1 al 17, nombrándolos en primera persona, ejemplo: ¿Tienes pesadillas?
- ◆ Aplicación individual anotadas por el evaluador.
- ◆ Modificación del orden de los reactivos, el evaluador inicio las preguntas a partir del ítem 17 al 37 para continuar con el ítem del número1 al número 16. El motivo de esta modificación fue que observé que el ítem 17, propiciaba un ambiente de conversación y no de evaluación, por lo que resulta más adecuado como introducción para niños de edad menor a la indicada en la prueba.

Obtenidos dichos cambios se aplicó el instrumento a una muestra piloto conformada por 5 niños de 4 a 5 años 11 meses que asisten al Centro Educativo Plaza Amigos, cuya muestra sirvió para determinar que los reactivos del instrumento (CMAS-R) eran comprendidos sin dificultad.

Para la autorización del proyecto dentro de las instalaciones del Centro de Desarrollo Infantil DIF se solicitaron los siguientes requisitos:

- ◆ Autorización de la directora.
- ◆ Plática para padres de los niños que resultaron con altos niveles de ansiedad y autorización de los mismos.
- ◆ Elaboración de reportes observacionales, reportes de los resultados obtenidos del instrumento y reporte observacional del taller de “introducción a la sensibilización auditiva”

Una vez obtenida la autorización del proyecto se evaluó a 48 niños que asistían al Centro y que cursaban el 2° y 3° grado de preescolar, con edades de 4 a 6 años; de los cuales 19 resultaron con ansiedad, esta muestra se dividió de la siguiente manera: para grupo experimental 9 niños y 1 niña y para grupo control 7 niños y 2 niñas.

El Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños adaptado se analizó estadísticamente, obteniendo una consistencia interna de las escalas a través de alfa de Cronbach de .89.

Se continuó con la plática de ansiedad y musicoterapia para padres de familia de los pequeños que manifestaron síntomas de ansiedad, la reacción de algunos de ellos fue de sorpresa e incertidumbre y una de las mamás no estuvo de acuerdo que su hijo participara por lo que se descartó del grupo control, quedando este grupo conformado por 6 niños y 2 niñas.

Posteriormente se dio la intervención con el taller de nombre “introducción a la sensibilización auditiva” el cual fue impartido bajo los siguientes criterios:

- ◆ Para el grupo experimental se expuso a 9 niños melodías de Tchaikovsky, Mozart y Chopin con una duración de 50 minutos por 5 días consecutivos, dichos intérpretes fueron utilizados en una investigación de Mazadiego y Reboredo (2008) para disminuir la ansiedad en lactantes.

Es importante mencionar que en el taller se utilizó sensibilización auditiva musical, tomando en consideración los elementos del método de “Willems”, cuya base se centra en la atención, percepción y sensibilización auditiva de los primeros años de vida.

Las personas que estuvieron presentes fueron la psicóloga del Centro, un pasante en psicología y la investigadora, la forma de intervenir fue exclusivamente dando indicaciones para mantener el orden de grupo, ya que el mismo proceso terapéutico los conducía a estar en movimiento, permitiéndoles a quien deseara desplazarse al ritmo de la música. Al finalizar la exposición musical se les preguntó, lo que les causó la música.

- ◆ En el quinto día después de finalizar la intervención se les aplicó de forma individual la post-evaluación del instrumento de medición CMAS-R.

Cabe destacar que en el grupo experimental uno de los integrantes se descartó debido a que desde el primer día de intervención se mostró sin cooperación para seguir indicaciones y dificultad para atender al estímulo musical por lo que el grupo quedó conformado por 8 niños y 1 niña.

- ◆ En el caso del grupo control, estos no fueron expuestos a la intervención con musicoterapia pasiva aplicándoles solo la post-evaluación del instrumento de medición CMAS-R.

MATERIALES:

- ◆ Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R).
- ◆ Grabadora
- ◆ CD'S de Tchaikovsky, Chopin, Mozart.

Música utilizada

Peter Ilyich Tchaikovsky (1840-1893)

1. Past d´action: Andante-Andante non troppo. Boston Symphony Orchestra Seiji Ozawa. Swan Lake.
2. Danses du corps andante sostenuto. Boston Symphony Orchestra Seiji Ozawa. Swan Lake.
3. Danses du corps de ballet et des nains. Moderato assai. Boston Symphony Orchestra Seiji Ozawa. Swan Lake. Boston Symphony Hall. Alemania: Deutsche Grammophon.1978.
4. Mazurka: Tempo di mazurka. Boston Symphony Orchestra Seiji Ozawa. Swan Lake. Boston Symphony Hall. Alemania: Deutsche Grammophon.1978.
5. Danses des petits cygnes: Moderato Boston Symphony Orchestra Seiji Ozawa. Swan Lake. Boston Symphony Hall. Alemania: Deutsche Grammophon.1978.
6. Coda:Allegro vivo Boston Symphony Orchestra Seiji Ozawa. Swan Lake. Boston Symphony Hall. Alemania: Deutsche Grammophon.1978.
7. Scené.Sortie des invites et valse :Allegro Tempo di valse Boston Symphony Orchestra Seiji Ozawa. Swan Lake. Boston Symphony Hall. Alemania: Deutsche Grammophon.1978.
8. Danse napolitaine Allegro moderato-Andantino quasi moderato-Presto Boston Symphony Orchestra Seiji Ozawa. Swan Lake. Boston Symphony Hall. Alemania: Deutsche Grammophon.1978.

Fryderyk Franciszek Chopin (1810-1849)

9. Op. 28. No.4 in E minor. (Nikita Magaloff).
10. Préludes, Op 28.No.7 in A-dur. (Nikita Magaloff).
11. Préludes, Op 28.No.9 in E dur. (Nikita Magaloff).
12. Préludes, Op 28.No.15 in D flat. (Nikita Magaloff).

13. Nocturne No.8 in D flat, Op.27 No.2.(Claudio Arrau).
14. Etudes, Op.10 No.1 In A flat. (Nikita Magaloff).
15. Sonata No.2 in B flat minor, Op.35. (Rafael Orozco).
16. Ballade No. 4 in F minor, Op.52. (Claudio Arrau).
17. Mazurkas, No.1 in B.H dur, Op.63. (Stephen Kovacevich).
18. Mazurkas, No.2 in F minor, Op.63. (Stephen Kovacevich).
19. Mazurkas, No.1 in C sharp minor, Op.63. (Stephen Kovacevich).
20. Polonaise No.7 in G minor, Op.23. (Stephen Kovacevich).

Wolfgang Amadeus Mozart (1756-1791)

21. Den Vienialla, (Netherlands Wind Esemble).
22. Andante Gransioso,I,de Sonata para piano en la mayor, K.31. (Jeno Jandó).
23. Adagio III, del cuarteto para cuerdas No. 10 en Do Mayor, K.170. (Eder Quartet).
24. Andante,II de la sinfonía No.11 en Re Mayor, K.84. (Northern Chamber Orchestra).
25. Adagio,II, del divertimento en Re Mayor, K.131.(Capella Istropolitana).
Mozart, W.A. ().
26. Andante II, del cuarteto para Oboe en Mi bemol Mayor, K.407. (Kodaly Quartet).
27. Adagio,II, del cuarteto para cuerdas in Si bemol Mayor,K.287.(Eder Quartet).
28. Adagio,IV, del divertimento en Si bemol Mayor,K.287. (Capella Isotropolitana).
29. Larghetto,II del cuarteto para clarinete en la mayor, K.581. (The Danubius Quartet,Jozsef Balogh).

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación se presentan las siguientes tablas con la elaboración de datos sociodemográficos, cuya finalidad es obtener posibles variables que influyeron en la presencia o ausencia de los síntomas de la ansiedad en la muestra de estudio.

Tabla 1. Edad de los padres de grupo experimental y grupo control.

Grupo Experimental		Grupo Control	
Madre	Padre	Madre	Padre
35	33	40	40
40	36	32	31
29	30	43	56
39	30	40	33
44	36	34	43
46	42	39	48
36	42	42	43
38	37	35	30
33	34		
$\bar{X}37.7$	$\bar{X}32.2$	$\bar{X}38.2$	$\bar{X}40.5$

En la tabla 1. Se aprecian las edades de ambos grupos (grupo experimental y grupo control). Para grupo experimental la media para madres fue de 37 años 7 meses y para padres del mismo grupo de 32 años 2 meses. Mientras que para el grupo control la media para madres es de 38 años 2 meses y para padres 40 años con 5 meses.

Tabla 2. Empleo de los padres de grupo experimental y grupo control.

Grupo experimental			
	Madre		Padre
Auxiliar Administrativo	6	Puesto en Jefaturas	2
Trabajadora social	1	Programador	1
Secretaria	1	Auxiliar Administrativo	1
Aux. en servicio de mantenimiento	1	Empleado Federal	1
		Músico	1
		Eléctrico	1
		Chofer	1
		Desempleado	1
Grupo Control			
	Madre		Padre
Trabajadora social	3	Maestro	1
Auxiliar Administrativo	3	Diseñador gráfico	2
Puericultista	1	Administrador	1
Secretaria	1	Laboratorista	1
		Empleado privado	1
		Operador telefónico	1
		Chofer	1

En la tabla 2. Se observa que en el grupo experimental la mayoría de las madres ocupan puestos de trabajadoras sociales o de auxiliar administrativo, mientras que los padres ocupaban diversos puestos en el que también existe un desempleado. En el grupo control, ambos padres ocupaban puestos similares.

Tabla. 3 Escolaridad de los padres de grupo experimental y grupo control.

	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Madre	Padre	Madre	Padre
Primaria	1	0	0	1
Secundaria	0	3	1	0
Carrera técnica	3	1	2	1
Bachillerato	1	3	4	5
Licenciatura	4	2	1	1

En la tabla 3. Se observa el nivel educativo de los padres en ambos grupos, los cuales tenían estudios a partir del nivel primaria hasta Licenciatura.

Tabla 4. Estado civil de los padres de grupo experimental y grupo control.

	Grupo experimental	Grupo control	
	casados	1	casados
unión libre	3	unión libre	2
separados	5	separados	2

En la presente tabla 4. Se aprecia el estado civil para ambos grupos; los cuales estaban casados, separados y en unión libre.

DATOS PRE Y POST TRATAMIENTO

Para iniciar se realizó un análisis de homogeneidad en relación al sexo mediante la prueba de Fischer debido al tamaño de la muestra, la cual demostró la homogeneidad de los grupos en relación a la edad y al sexo.

Tabla 5. Homogeneidad por edad y sexo

Grupo control			Grupo experimental		
Variable	Media	D.E	Media	D.E.	Significancia
Edad	59.3	2.5	62.0	7.4	.319
Sexo	n	%	n	%	.576
Masculino	6	75.0	8	88.9	
Sexo	n	%	n	%	.576
Femenino	2	25.0	1	11.1	

U-Mann-Whitney ; Fischer test.

Tabla 6. Comparación de los resultados de las subescalas en la preevaluación para ambos grupos.

Variable		Media	DT	Rango promedio	Z	P
Ansiedad Fisiológica	Ex	13.89	1.9	10.67	-1.505	0.167
	Cn	12.63	2.0	7.31		
Inquietud e hipersensibilidad	Ex	14.33	1.5	10.61	-1.426	0.167
	Cn	12.88	2.0	7.19		
Preocupaciones sociales	Ex	14.11	0.9	8.78	-0.204	0.888
	Cn	14.13	1.3	9.25		
Ansiedad Total	Ex	67.00	1.7	11.56	-2.281	0.027
	Cn	64.63	1.9	6.13		
Mentira	Ex	9.22	1.9	7.94	-1.016	0.370
	Cn	10.25	1.5	10.19		

Nota: Ex=grupo experimental; Cn=Grupo control.

En lo que respecta al Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), adaptado se aprecia que en antes de la intervención **el grupo que más ansiedad manifestaba era el grupo experimental.**

Tabla 7. Resultados de las subescalas de la preevaluación y post evaluación del grupo experimental.

Variable		M	DT	Rango Promedio	Z	P
Ansiedad fisiológica	Pre	13.89	1.9	5.00	-0.297	0.766
	Pos	13.22	3.6	5.00		
Inquietud e hipersensibilidad	Pre	14.33	1.5	3.50	-2.207	0.027
	Pos	12.11	2.1	0.00		
Preocupaciones Sociales y de Concentración	Pre	14.11	0.9	4.25	-0.272	0.785
	Pos	14.11	2.0	2.17		
Ansiedad Total	Pre	67.00	1.7	5.40	-0.535	0.592
	Pos	63.95	8.2	4.50		
Mentira	Pre	9.22	1.9	4.13	-1.265	0.206
	Pos	8.22	2.6	2.25		

Nota: Pre=preintervención; Pos=Post intervención.

Con el grupo **experimental** se compararon las subescalas de las puntuaciones de la pre-intervención y post-intervención cuyo resultado fue **una disminución significativa en la subescala de inquietud e hipersensibilidad.** ($Z = -2.207$, $p \leq 0.027$). Esta subescala se encuentra relacionada directamente con características de personalidad.

Tabla 8. Resultados de la preintervención y post intervención de los niños que pertenecen al grupo control.

Variable		M	DT	Rango	Z	P
Ansiedad fisiológica	Pre	12.63	2.0	4.83	-1.546	0.122
	Pos	11.00	2.6	3.50		
Inquietud e hipersensibilidad	Pre	12.88	2.0	4.20	-1.187	0.235
	Pos	11.25	3.2	3.50		
Preocupaciones Sociales y de Concentración	Pre	14.13	1.3	4.93	-2.319	0.020
	Pos	11.75	1.7	1.50		
Ansiedad Total	Pre	64.63	1.9	3.50	-2.226	0.026
	Pos	59.88	7.0	0.00		
Mentira	Pre	10.25	1.5	3.67	-0.962	0.336
	Pos	9.63	2.3	2.00		

Nota: Pre= preintervención; Pos= Post intervención. $p < 0,01$. Wilcoxon

Al comparar los resultados de la pre y post evaluación en el grupo control se obtiene una **disminución significativa en las subescalas de preocupaciones sociales y de concentración ($Z=-2.319$; $p \leq 0.020$)**, así como; en la subescala de **ansiedad total**. La primera se relaciona con la ansiedad que el niño manifiesta por no ser capaz de vivir de acuerdo a la expectativa de individuos significantes en sus vidas y la Ansiedad Total es utilizada para determinar la prioridad con que deberá ser atendido el niño a mayor puntuación en dicha subescala mayor prioridad de ser atendido.

DATOS DE LOS REACTIVOS QUE LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS EN AMBOS GRUPOS RESPONDIERON CON SI EN LA PRE EVALUACIÓN.

Las siguientes tablas mostraron clínicamente información de los reactivos aplicados y en los que la mayoría de los niños respondió con un “Si” antes de la intervención además, del porcentaje obtenido después de la intervención.

Tabla 9. Subescala I. Ansiedad fisiológica

Grupo experimental			Grupo control		
Reactivos	Pre	Post		Pre	Post
21.- ¿Te cansas mucho?	100%	66.6%	21.- ¿Te cansas mucho?	100%	87.5%
29.- ¿Algunas veces te has despertado asustado?	100%	77.7%	29.- Algunas veces te has despertado asustado.	100%	37.5%
25.- Tienes pesadillas	100%	88.8%	13.- ¿En las noches, ¿Te cuesta trabajo quedarte dormido	100%	100%

En la tabla se aprecia (subescala de ansiedad fisiológica), que en la preevaluación todos los niños de ambos grupos coincidieron en los reactivos 21 y 29, a donde la respuesta fue un “Si”. Ambos grupos manifestaban síntomas fisiológicos debido a la ansiedad. **El reactivo 21 para grupo experimental la post evaluación mostró una disminución de 33.4%, mientras que el grupo control en este mismo reactivo lo disminuyo en un 21.5 % En el reactivo 29. para grupo experimental redujo un 22.3% y grupo control el 62.5% . En el reactivo 25 grupo experimental redujo 11.2% mientras que el grupo control el reactivo 13 no disminuyo.**

Tabla 10 .Subescala II. Inquietud e hipersensibilidad

Grupo experimental		
Reactivos	Pre	Post
7.- ¿Muchas cosas te dan miedo?	100%	66.6%
22.- ¿Te preocupa lo que va a suceder en el transcurso del día?	100%	33.3%
30.- ¿Te sientes preocupado cuando te vas a dormir?	100%	77.7%
37.- ¿Muchas veces te preocupa que algo malo pase?	100%	77.7%

En esta tabla se muestra que los reactivos 7, 22,30 y 37 pertenecientes a la subescala de inquietud e hipersensibilidad, **fueron respondidos con un “SI” por el 100% de los niños de grupo experimental. En la post evaluación el reactivo 7 disminuyó 33.4%, el 22- redujo a 66.7%, el reactivo 30- redujo 22.2% y el reactivo 37- 22.2% .En el caso del grupo control respondieron negándose a presentar los síntomas de dicha subescala, lo cual significa que la mayoría de los niños del grupo control no presentaban conducta miedosa, ansiosa o hipersensibilidad a presiones ambientales.**

Tabla 11. Subescala III. Preocupaciones sociales y de concentración

Grupo experimental			Grupo control		
Reactivos	Pre	Post	Reactivos	Pre	Post
15. ¿Te sientes solo aunque estés acompañado?	100%	88.8%	23.- ¿Los demás son más felices que tú?	100%	87.5%
31.- ¿te cuesta trabajo concentrarte en el salón de clases?	100%	88.8%	35.- ¿Muchas personas están contra ti?	100%	62.5%

En esta tabla se aprecia que los ítems que mayor puntuación alcanzaron un 100% para ambos grupos fueron: los 15 y 31 para grupo experimental, así como los 23 y 35 en el grupo control. **Ambos grupos manifestaban el mismo nivel de preocupación.** En la post evaluación para grupo experimental **los reactivos 15 y 31** disminuyeron el **11.2%**. Para el grupo control el reactivo **23** disminuyo **12.5%** y el reactivo **35. 37.5%**.

DISCUSIÓN

En la presente investigación se estudió una muestra de 17 niños de edades entre 4 y 6 años 1 mes, que acudían al Centro de Desarrollo Infantil DIF del Centro Recreativo Niños Héroes.

En la preevaluación el grupo experimental manifestó síntomas en todas las subescalas del Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS-R adaptado. Por un lado, miedo por diversos sucesos reales o imaginarios, tal como se observa en la tabla 10 reactivo 7. ¿Muchas cosas te dan miedo? En el que el 100% de la muestra respondió con un “SI”. Esto coincide con Ajuriaguerra (1996) El cual menciona que el niño ansioso vive permanentemente con un vago sentimiento de aprensión, como si algo terrible fuera a suceder.

Por otro lado manifestaron cansancio, despertar con miedo y tener pesadillas, así como dificultad para concentrarse y sentirse solos a pesar de estar acompañados (tablas 10 y 11). Por su parte (Barlow citado por Buendía 2004, p. 148) dice “aprensión ansiosa, es más bien una combinación difusa de emociones orientada hacia el futuro, que se asocia a una estructura-cognitiva-afectiva y a la percepción de incontabilidad e impredecibilidad [...] Por consiguiente, la ansiedad implica también componentes de naturaleza cognitiva.

Mientras que el grupo control en la preevaluación manifestó síntomas correspondientes a las subescalas de ansiedad fisiológica y preocupaciones sociales y de concentración pero no de inquietud e hipersensibilidad (Tabla 8). Los cuales manifestaron mayores síntomas de cansancio, despertar asustado dificultad para conciliar el sueño. En lo que respecta a este último síntoma La Clasificación Internacional de trastorno del dormir (2009, p.197) dice: “el tipo de insomnio por asociaciones inadecuadas con el inicio del sueño se caracteriza por la dependencia a una estimulación específica. En ausencia de estas condiciones el inicio de sueño se demora significativamente [...] la falta de establecimiento de límites por la persona a cargo del niño generando en el pequeño insomnio

conductual. Por otro lado los síntomas con mayor presencia fueron: sentir que las personas son más felices que ellos además pensar que muchas personas están en contra de ellos. Para ello Reynolds (1985) dice: “Su principal preocupación es sentir que ellos no son tan buenos, efectivos o capaces como los demás”.

En la post evaluación se observó que el grupo experimental redujo la subescala de inquietud e hipersensibilidad, cuya escala se encuentra relacionada con lo que el niño internaliza, refiriendo que la persona es miedosa, ansiosa o hipersensible a factores externos (tabla.7)

Por otro lado se observó un hecho destacable en los datos sociodemográficos, la mayoría de los padres vivían separados (Tabla 3). ¿Dicha situación pudo influir en la preocupación que el grupo experimental manifestaba? Para comprender un poco este fenómeno algunos autores como Valencia (2011), dice que “la separación de los padres altera el rendimiento académico de los niños así como su funcionamiento social, al no existir claridad acerca de lo que sucede y por consiguiente les genera cuadros de ansiedad y depresión” [...] En general la situación presiona a los hijos, altera las respuestas emocionales, manipula su forma de pensar alterando la imagen y la relación con sus progenitores”.

Esto tiene estrecha relación con lo que Ajuariaguerra (1973, citado por Solloa, 2009, p.227), el cual, menciona “la ansiedad por contagio, es transmitida de los padres hacia sus hijos [...] la cual depende de la identificación del niño con el padre ansioso”. Esto coincide con Vázquez y colaboradores (2006) citado por Martínez (2009, p.261) mencionan que: “el grupo que mantenía una relación de pareja tendían a desarrollar depresión leve, mientras que las que no tenían pareja presentaban depresiones con sintomatología grave. Ante esto concluyen que, en la mayoría de los casos, tener una pareja disminuye notablemente la gravedad del cuadro depresivo”.

Mientras que el grupo control se mostró que las subescalas de preocupaciones sociales y de concentración como la de ansiedad total disminuyeron en relación a la preevaluación. (tabla. 8). Sobre este cambio es importante preguntarse ¿Qué impacto causó la plática para padres en la que se especificó que sus hijos manifestaban síntomas de ansiedad?, ¿Influyó para modificar la relación con sus hijos? Yule (citado por Solloa 2009, p.253) señala que “la intervención familiar puede ir desde guiar a los padres a través de instrucciones sencillas y directas, hasta un entrenamiento profundo en técnicas de manejo conductual”. Motivo por el cual se presentaron los cambios en el grupo control.

En relación al instrumento de medición los resultados encontrados en este estudio revelan que los niños de 4 a 5 años 11 meses son capaces de detectar y entender las vivencias cotidianas y por consiguiente de expresar claramente sus experiencias. Contrario a lo que sugieren otras investigaciones (Bragado, 1993, citado por Echeburúa, 1997), en las que mencionan que los instrumentos de medida no son de aplicación a niños muy pequeños, debido a que aún no han desarrollado las habilidades de autoobservación y de autoevaluación adecuadas para expresar las experiencias, los sentimientos y emociones, así como la intensidad de los mismos. En la muestra de estudio se apreció que, independientemente de que los niños comprendían los conceptos, esta misma prueba aplicada de forma individual permite identificar problemas y abrir vías de discusión con niños preocupados; tal como, lo menciona Koppitz (citado en Reynolds y Richmond, 1985). De entre las aplicaciones estudiadas se pudo detectar el caso de A. que manifestaba ansiedad debido a estrés postraumático, A. es un niño que no presentaba dificultades para relacionarse con sus compañeros de clases, así como tampoco para aprender, por lo cual las maestras del grupo, así como su mamá quedaron sorprendidas al ser seleccionado como candidato para el proyecto. A. narró lo siguiente durante la aplicación del instrumento (CMAS-R) adaptado: *“Mi mamá chocó, yo lloré porque pensé que mi*

mamá se iba a pelear”. En el reactivo 6. ¿casi todo el tiempo te encuentras preocupado? Contesto lo siguiente: “Si, de que alguien choque”

Por otro lado, Solloa (2009) menciona que “la familia y otros contextos sociales pueden influir en la ansiedad infantil; pero aún no existen técnicas establecidas para evaluar a la familia del niño ansioso y ésta es, sin embargo, información esencial para la evaluación” (p.233). En las evaluaciones aplicadas del CMAS-R adaptado, se encontró que los niños, aparte de detectar situaciones que les generan ansiedad, también identifican el objeto, situación o persona que se las genera; los cuales, fueron expresados durante la aplicación del instrumento de medición. Tal es el caso de F. que manifestó sentirse angustiado al recordar cómo le hablaba su mamá para ir a cenar o de los niños que coincidían que el ver películas de terror como “Chuky”, les generaba en noches posteriores insomnio, o los casos de algunos niños que detectaban que sus mismos compañeros de clases les provocaban cierto malestar. Esto explica que el niño puede proporcionar elementos de validez que identifiquen los estímulos ansiógenos.

Por otro lado, la influencia de varios factores tanto ambientales como familiares han hecho que el niño de la era moderna, tenga diversa información en relación a años anteriores, utilizándola para tratar de entender el medio donde se desenvuelve.

Dicha información coincide con lo que Piaget (1951) mencionó. “Se pueden caracterizar los estadios, en una población dada, por una cronología, pero ésta es extremadamente variable. Depende de la experiencia anterior de los individuos y no solamente de su maduración y sobre todo, depende del medio social, que puede acelerar o retrasar la aparición de un estadio o, inclusive, impedir su manifestación. Con respecto a lo mencionado se considera que, el niño de la época actual está preparado para comprender términos que en años anteriores era casi imposible de creer; esto en gran medida a los crecientes medios de información disponibles en la actualidad.

Por su parte Keneddy (1965 citado por Echeburúa 1997 p. 115) menciona que ante las fobias escolares es recomendable que el niño acuda a la escuela en compañía de su padre y no de la madre (p. 115), esto no coincide con el caso de F. para quién el estímulo ansiógeno era la madre, en donde se apreció que el comportamiento de F. cambiaba en el momento que veía a su madre, así como lo expuesto por él en el momento de la aplicación del instrumento de medición (CMAS-R). Es por ello de vital importancia hacer un análisis caso por caso para determinar las estrategias a seguir en el tratamiento de la ansiedad manifestada por los niños.

Por otro lado y con respecto a la música, Gigena (2005, p. 33) menciona que la música no aplica determinados sonidos con el fin de producir “efectos benéficos”. Los resultados de este estudio revelan que la sola exposición auditiva de ciertas melodías de autores como Chopin, Mozart y Tchaikovsky, en ritmos lentos con una duración de 50 minutos por 5 días, provocó disminución de la ansiedad que los niños internalizan, es decir, que nace de sus propios miedos o temores. Tal como lo mostró la subescala de inquietud e hipersensibilidad, lo cual puede observarse en la tabla 4.

En la intervención del taller de introducción a la musicoterapia pasiva, se apreció que ciertos niños contaban con el entendimiento musical, esto favoreció a su proceso musicoterapéutico. Por su parte Della (1974, citado por Lago, Melguizo y Ríos 1997) dice que:” la música va a poner en movimiento procesos asociativos a los que pueden vincularse “visiones simbólicas profundas”, (p.152) tal es el caso de R. que desde la primera sesión mostró interés y alta sensibilidad al estímulo musical, lo que favoreció el logro del objetivo terapéutico, el cual fue reconocer la pérdida de la figura paterna. En la tercera sesión, se apreciaron claramente los efectos de la música en su máxima expresión mostrando las siguientes conductas: R. se mantuvo en movimiento al ritmo de la música en una posición intrauterina y con el pulgar en la boca; esto es interpretado tanto en musicoterapia como en psicología como el retorno al lugar donde la seguridad, la protección y las

necesidades afectivas se encuentran satisfechas, cuyo lugar es denominado “el vientre materno”. Esto coincide con las investigaciones de Baker y Wigram (2005), quienes en sus aplicaciones clínicas al trabajar con trozos musicales regulan estados de ánimo para disminuir la depresión, estrés, temor, ansiedad o cualquier otra situación que altere al organismo.

Por otro lado Mazadiego, T. y Reboledo F. (2008) aplicaron la musicoterapia a lactantes a aspectos motrices, cognitivos y afectivos, trabajaron satisfaciendo las demandas por grupo. Cuando se trabajó el arrullo, se mantuvo contacto visual y contacto físico a través de caricias. Al terminar su curso aplicaron condicionamiento, dicha estrategia fue escuchar música de sonidos tranquilos. Por lo que no es claro si fue la música o las intervenciones con caricias y contacto visual provocaron la disminución de la ansiedad en los lactantes. En la presente investigación se cuidaron estos aspectos en el momento de la intervención, debido a que la mayoría de los niños solicitaban atención personalizada, por lo cual las personas a cargo repetían las instrucciones para seguir en una posición cómoda escuchando el estímulo musical y solo si la misma música les generaba desplazarse se les era permitido.

En concordancia con la literatura en musicoterapia los instrumentos musicales se relacionan con las partes del cuerpo, ejemplo de ello es el piano el cual se encuentra ligado con la caja torácica, el pecho y el corazón. Esto coincidió con la melodía de Chopin (sonata para piano No. 2 in B flat) la cual se caracteriza por tonos menores, la cual, cambia de intensidad de débil a fuerte a lo largo de la melodía, lo que le generó en T. cambios de conducta, el cual, al estar recostado se levantó y comenzó a inquietarse al terminar la sesión se le preguntó que le causó la música y dijo que mucho miedo llevándose sus brazos hacia su cuerpo y abrazándose.

Por otro lado Sánchez (citado por Luna 1998.p. 16). Dice que cada estructura psíquica se encuentra relacionada con ciertas sinfonías de Beethoven y algunas

con contenido religioso o civil, ejemplo de ello se muestra lo siguiente: para el *yo* las sinfonías 1 y 6 de Beethoven para el *ello* Sinfonías de Beethoven 3 y 6 y para el *super yo* himno nacional y música religiosa. Sin embargo no hay elementos suficientes que permitan comprobar dicha información debido a que hay sonidos que nos caracterizan y hacen únicos (Benenson 2003). Por lo tanto ciertas melodías no tendrán los mismos efectos para todos y por consiguiente lo mencionado por Sánchez no puede generalizarse.

Finalmente, es importante mencionar que existen estudios en la literatura acerca de los efectos de la musicoterapia con pacientes especiales o normales en edad preescolar; sin embargo, no hay ninguno acerca de la medición de la ansiedad en edad preescolar de manera objetiva. Es por esto que se considera que este trabajo hace un aporte al campo de la investigación en este rubro.

Un hecho destacable que se observó durante el análisis de los resultados y que es independiente a los objetivos de dicho proyecto son las características de ansiedad que manifestaban ambos grupos, el grupo experimental, quienes manifestaban ansiedad por diversos factores, coincide con lo mencionado por Spielberg, (1972 citado por Reynolds 1985. p4) “el rasgo de ansiedad describe la personalidad de un individuo que de manera frecuente experimenta ansiedad, aunque la fuerza que tenga el estímulo para generar ansiedad sea relativamente débil”. Mientras que el grupo control no presentaba síntomas de todas las subescalas y cuyas manifestaciones se centraban en su mayoría en preocupaciones por factores que no dependían de ellos. Al respecto Spielberg (1972) dice “el estado de ansiedad es una condición transitoria, asociada con una situación específica, y puede variar de manera amplia en intensidad y duración”.

CONCLUSIONES

A partir de la presente investigación se concluye que:

- a) El CMAS-R con sus debidas adaptaciones, es un instrumento que posee la confiabilidad del coeficiente alfa de Cronbach de .89 para medir los síntomas de ansiedad en edades de 4 a 6 años 1 mes.
- b) Está investigación contradice a la creencia popular que hace mención de que la ansiedad en edad preescolar no puede ser medible, esto es posible debido a la evolución de los procesos cognitivos de los niños de la época actual.
- c) Mediante los datos obtenidos del (CMAS-R) adaptado se encontró que los niños que asistían al centro de Desarrollo Infantil DIF del Centro Cultural y Recreativo Niños Héroe de edades entre 4 a 6 años 1 mes divididos en grupo control y grupo experimental presentaron en la preevaluación los siguientes resultados:
 - El grupo experimental manifestaba diversidad de síntomas, así como más ansiedad total en relación al grupo control.
 - La mayoría de los padres de los niños de grupo experimental estaban separados, mientras que los padres de los niños del grupo control en su mayoría estaban casados.
- d) Se acepta la hipótesis de trabajo solo para la subescala de inquietud e hipersensibilidad, ya que la musicoterapia pasiva ayudo en la disminución de la puntuación de dicha subescala del Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R) adaptado en niños de 4 a 6 años 1 mes que asisten al Centro de Desarrollo Infantil DIF del Centro Cultural y Recreativo Niños Héroe.

- e) En la post-evaluación se apreció para grupo experimental que la subescala de inquietud e hipersensibilidad redujo significativamente en relación al grupo control por lo que se considera que la intervención del taller en "Introducción a la sensibilización auditiva" tuvo influencia directa sobre la ansiedad que el niño internaliza y que se encuentra ligada con rasgos de personalidad. En lo que respecta a la subescala de preocupaciones sociales se apreció que el vivir monoparentalmente pudo afectar directamente a esta subescala ya que existe una alta predisposición a la ansiedad por contagio de padres a hijos.
- f) Mientras que el grupo control disminuyó la puntuación de las subescalas de (preocupaciones sociales y de concentración y ansiedad total), Un hecho destacable fue la influencia en la reducción de la puntuación de dichas subescalas fue la plática impartida para los padres de familia, la cual se llevó a cabo 2 semanas previas a la post-evaluación, lo cual se relaciona con la plática impartida a los padres de familia, generando cierto grado de reflexión sobre el trato que le daban a sus hijos y por otro lado, la influencia tomando en cuenta el estado civil de los padres quienes en su mayoría estaban casados, esto pudo permitir una mejoría en sus dinámicas familiares.
- g) Asimismo, la musicoterapia pasiva demostró que su funcionalidad opera en relación a las diferencias individuales (entendimiento musical y características de personalidad); tal como lo mostró la presente investigación, en la cual el proceso musicoterapéutico redujo la subescala que sugiere que la persona es miedosa, ansiosa e hipersensibles a las presiones del medio ambiente.

h) Finalmente nuestros resultados apoyan una nueva posibilidad de tratamiento a través de la musicoterapia pasiva, para la ansiedad que los niños de 4 a 6 años 1 mes, internalizan y que asisten al Centro de Desarrollo Infantil DIF Centro Cultural y recreativo Niños Héroes.

SUGERENCIAS

En México no existen estudios que evalúen de manera objetiva y directa la sintomatología de la ansiedad que los niños (de edad preescolar) presentan. Por tal motivo sería importante dar seguimiento a la presente investigación. Por un lado estandarizar la prueba CMAS-R en edad preescolar, esto permitiría abrir nuevo campo a la investigación científica, permitiendo detectar los síntomas de ansiedad anormal e intervenir de manera oportuna.

Debido a esta carencia existió una limitación en este estudio, ya que al momento de dar inicio al proyecto nos vimos enfrentados a una serie de cuestionamientos por parte de algunos padres de familia, que a pesar de mostrar interés por el tema y por la evaluación de sus hijos, dudaron que este proyecto tuviera la validez y/o confiabilidad para medir la ansiedad; así como también por los cambios en una semana se pudieran lograr en los niños con la intervención de la musicoterapia pasiva. Es por ello, de gran relevancia continuar con la investigación en lo que se refiere a los efectos de la musicoterapia pasiva en preescolares, de esta manera se tendrán elementos que permitan comprobar de manera científica la variable mencionada.

Otra limitante fueron las constantes actividades escolares, tales como: festividades, (día de niños, día de las madres, día del padre), cierre de ciclo escolar, ausentismo, así como el tiempo autorizado para dicho proyecto. Esto causó que la investigación se llevara a cabo en horarios sujetos tanto al calendario escolar, a las necesidades de la institución, como a la presencia del niño, lo que metodológicamente se convierte en una variable que interfiere en el desarrollo adecuado de la investigación.

Se sugiere que en posteriores investigaciones primeramente, se realice entrevista clínica pre y post con los padres y maestras, dichas entrevistas deberán incluir información acerca del ISO (la existencia de un sonido o conjunto de sonidos o fenómenos sonoros internos que nos caracterizan) de cada niño con el fin de

elaborar un programa individual adaptado a las necesidades de ellos, para después ponerse en práctica de forma individual y continuar con el trabajo de forma grupal.

Una vez conformado el taller grupal, se sugiere exponer melodías latinoaméricas, como pájaro Cho-güi o el Huapango de Moncayo melodías que posiblemente puedan tener mayor influencia en lo que respecta a la Identidad Sonora Cultural (es el producto de la configuración global de la cual el individuo y su grupo forman parte) en relación a melodías creadas por intérpretes extranjeros.

Por último se sugiere para futuras investigaciones, la creación de instrumentos estandarizados, válidos y confiables para la medición de la ansiedad de rasgo y de estado en edad preescolar.

BIBLIOGRAFIA

1. Adams, R Víctor, M. (1991). *Manual de principios de neurología*. (4ª.ed.).(H. Acuña, trad.). México: Mc Graw-hill. pp.54
2. Aro Sainz de la Maza. (2003).*Como cura la musicoterapia*: Barcelona, España: RBA Integral. pp. 29, 37-40, 47-51, 58-60,103-104
3. Barlow, D y Durand V. (2001).*Psicología anormal Un enfoque integral*. (2ªed.). (J.L. Núñez.trad.). México: Thomson Learning.
4. Benenzon, O; Hernsy, V & Wagner G. (1998). *La nueva musicoterapia*. Argentina: Lumen.
5. Benenzon, O; Hernsy, V & Wagner G. (1997). *Sonido, comunicación, terapia*. España: Amaru.
6. Buendía,J (2004).*Psicopatología en niños y en adolescentes*. España: Pirámide.
7. Betés, DT.(2000. *Fundamentos de musicoterapia*.España:Morata
8. Caballo, V. y Simón, M. (2009). *Manual de psicología clínica Infantil y del Adolescente Trastornos específicos*. México: Pirámide.
9. Calvin, H. (1991).*Compendio de psicología freudiana*. (11ª.ed). (M, Mercader, trad.).México: Paídos.

10. Díez, C. y Sánchez, L. (1999) "Trastornos médicos y ansiedad", *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*, (2ª.ed). Editorial Masson.
11. Echeburúa, E. (1997). *Trastornos de la ansiedad en la infancia*. España: Pirámide.
12. Gastó, C. (1999), Aspectos histórico, *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión (2ª edición): Masson. pp. 3, 4 y 5.*
13. Gigena, F. (2005). *Autismo y música*. Argentina: Científica Universitaria de Córdoba. pp.20,22, 27, 31 y 41
14. Guyton. (1997). *Anatomía y fisiología del sistema nervioso Neurociencias*. (D, Klayn.trad) USA: Panamericana. p9
15. Hernández S, Fernández C, y Baptista Pilar. *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
16. Lago P, Melguizo A y Ríos G, (1997). *Introducción a la musicoterapia*. España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
17. Lahusen, M. (2010,16 de octubre). *La música un lazo para el encuentro*.16vo. Encuentro Nacional de Psicoterapia Humanista en Puebla. Puebla, México: El Instituto Universitario Carl Rogers.
18. Levinson, A. (2006). *Resonando ecos, matices y disonancias en la práctica musicoterapéutica*. Argentina: Nobuko. P. 31

19. Leyva Ibarra, S (1998). *Los efectos de la musicoterapia sobre la agresión hasta sus alcances terapéuticos en el área de la salud mental*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada, Universidad Autónoma de México. p.17,18
20. Luna, G. (1998). *Descripción y Análisis crítico de la Musicoterapia desde sus orígenes hasta sus alcances terapéuticos en el área de la Salud Mental*. Tesis de la Facultad de Psicología no publicada. Universidad Autónoma de México D.F. pp. 1-3, 6-11, 15-17y 19-20
21. Marcelli, D. y de Ajuariaguerra, J. (2005). *Psicopatología del niño*. (3ª.ed). España: Masson. pp. 335-339
22. Martínez L.P y Waysel, K.R (2009). Depresión en Adolescentes embarazadas. [versión impresa]:0185-1594. *Enseñanza e Investigación en Psicología, Núm,2, Vol. 14* julio- diciembre, p261
Recuperado el 23 de febrero del 2012. Disponible en línea en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?jCve=29211992004>
23. Mazadiego, T. y Reboredo F. (2008, 8 abril). La musicoterapia como alternativa para disminuir la ansiedad de lactantes. *Revista de Educación y Desarrollo*. Recuperado el 17 de diciembre del 2007.
Disponible en línea en:
http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu/_desarrollo/.../008_Mazadiego.pdf
24. Medina García, G. (1999) *Ansiedad en niños con maestros autoritarios y no autoritarios y la relación con el rendimiento escolar*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada, Universidad Autónoma de México. México, D.F pp.12, 15 y 19

25. Pérez, I (2010). La ansiedad, un padecimiento emocional frecuente en niños. [Versión electrónica]. Gaceta UNAM, Número 4244. P11 Recuperado el 23 de febrero del 2012. Disponible en línea en: <http://www.pre.unam.mx/alerta/lavozdelexalumno26.htm>
26. Piaget, J; Wallin, H. y colaboradores (1955.). *Los estadios en la psicología del niño*. Buenos Aires. España: Nueva visión P. 42
27. Reynolds, C. & Richmond B. (1985). *Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada)*. (F. Tinajero, trad.). México: Manual Moderno.
28. Rivera, C. (2009). *Ansiedad en niños con maltrato institucionalizados*. Tesis de la Facultad de Psicología no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F. pp. 36,43 y 44
29. Rodríguez, J. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. España: Universidad de Sevilla. Pp. 521,527,528,530, 531
30. Satinsky, S. (2006). *Musicoterapia clínica*. Buenos Aires. Argentina: Galerna p. 76
31. Schiffman, H. (1998). *La percepción sensorial*. (J., Hurtado, Trad.). México: Limusa. pp.47-49, 51, 52,56-59
32. Solloa, L. (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño y tratamiento*. (2ªed.).México: Trillas.pp,230,231,232 y 233
33. Valencia, M; Pérez, J; Salín, R & Meza S. (2009). *Trastornos del Dormir* Sociedad Mexicana para la Investigación y Medicina del Sueño, A.C.(2ª.ed.). México: Mc Graw Hill. pp.197, 246 y 250

34. Luchan con la ansiedad. (2011, 28 de abril). Publímetro, p. 18
35. Willems, E. (1963). Las bases psicológicas de la educación musical. (revisada). (E. Podcaminsky, trad.).(2ª.ed).Paris: Universitaria de Buenos Aires.
36. Willems, E. (1981). El valor humano de la educación musical. (T. Brutocao y L.Fabiani.trad.).(1ª.ed). España: Paidós.

DISCOGRAFÍA

37. Tchaikovsky, I.P. (1840-1893).(Boston Symphony Orchestra Seiji Ozawa). Swan Lake. Boston Symphony Hall. Alemania: Deutsche Gramophon. (1978).
38. Chopin, F. (1810-1849). The Best of Chopin: Alemania. Decca classics Productions. (1983).
39. Mozart, W.A. (1756-1791). El efecto Mozart (The Children's Group Inc).Japón: Don Campbell, Inc. (2000.2005, 2006).

ANEXO 1

Fecha de aplicación: _____

Nombre del Alumno: _____

Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre de la Maestra: (opcional) _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias preguntas que dicen cómo piensas y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Escucha con cuidado cada oración. Contesta “Si, “si piensas que así eres”: si piensas que no tiene ninguna relación contigo contesta “No”. Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil elegir la respuesta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo.

Puntuación Natural escalar	Percentil	Puntuación T o puntuación	
Total:	_____	_____	_____
I:	_____	_____	_____
II:	_____	_____	_____
IV:	_____	_____	_____
M:	_____	_____	_____

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS (REVISADO) (ADAPTADO)

17.- ¿Muchas veces sientes revuelto el estómago? (NAÚSEAS, dolor en el estómago).....	Sí	No
18.- ¿Eres <u>sentimental</u> ? (¿Cuándo tienes un problema lloras?).....	Sí	No
19.- ¿Te sudan las manos?.....	Sí	No
20.- ¿Siempre eres <u>agradable</u> con todos?.....	Sí	No
21.- ¿Te cansas mucho?.....	Sí	No
22.- ¿Te <u>preocupa</u> lo que va suceder en el transcurso del día?.....	Sí	No
23.- ¿Los demás son más felices que tú?.....	Sí	No
24.- ¿Siempre dices la verdad?.....	Sí	No
25.- ¿Tienes pesadillas?.....	Sí	No
26.- ¿Te sientes muy mal cuando se enojan contigo?.....	Sí	No
27.- ¿Sientes que alguien te va a decir que haces las cosas mal?.....	Sí	No
28.- ¿Nunca te enojas?.....	Sí	No
29.- ¿Algunas veces te despiertas asustado (a)?	Sí	No
30.- ¿Te sientes <u>preocupado</u> (a) cuando te vas a dormir?.....	Sí	No
31.- ¿Te cuesta trabajo concentrarte en el salón de clases?.....	Sí	No
32.- ¿Nunca dices cosas que no debes decir?	Sí	No
33.- ¿Te mueves mucho en tu asiento?.....	Sí	No
34.- ¿Eres muy nervioso? (Irritable).....	Sí	No
35.- ¿Muchas personas están contra ti?.....	Sí	No
36.- ¿Nunca dices mentiras?.....	Sí	No
37.- ¿Muchas veces te <u>preocupa</u> que algo malo te pase? (intranquiliza).....	Sí	No
1.- Te cuesta trabajo elegir entre una cosa y otra?.....	Sí	No
2.- ¿Te pones <u>nervioso(a)</u> cuando las cosas no te salen cómo quieres? (alteras).....	Sí	No
3.- ¿Te parece que las cosas son más fáciles para los demás que para ti?.....	Sí	No
4.- ¿Todas las personas que conoces te caen bien?.....	Sí	No
5.- ¿Muchas veces has sentido que no te pasa el aire?.....	Sí	No
6.- ¿casi todo el tiempo te encuentras <u>preocupado</u> (a)? (inquieto, ansioso).....	Sí	No
7.- ¿Muchas cosas te dan miedo?.....	Sí	No
8.- ¿Siempre eres <u>amable</u> ? (cordial, agradable, afectuoso).....	Sí	No
9.- ¿Te enojas con facilidad?.....	Sí	No
10.- ¿Te <u>preocupa</u> lo que tus papas te vayan a decir? (inquieta).....	Sí	No
11.- ¿Sientes que a los demás no les gusta como haces las cosas?.....	Sí	No
12.- ¿Siempre te portas bien?.....	Sí	No
13. Cuando te vas a dormir, ¿Te cuesta trabajo quedarte dormido?.....	Sí	No
14.- ¿Te <u>preocupa</u> lo que la gente piense de ti? (inquieto, ansioso, turbado).....	Sí	No
15.-¿Te sientes solo aunque estés acompañado (a)?.....	Sí	No
16.- ¿Siempre eres bueno (a)? (sensible).....	Sí	No

ANEXO 3

Planeación de Proyecto

Nombre del Taller: Sensibilidad a la musicoterapia.

Nombre de la Institución: Centro de Desarrollo Infantil DIF

Duración: 5 sesiones de 50 minutos de lunes a viernes.

Sujeto 1 (JME) Día 1

Objetivos específicos	Material	Técnica	Estrategia	Indicaciones	Observaciones
El participante escuchará melodías de Mozart	Grabadora CD. Mozart	Grupal	Las aplicadoras estarán supervisando constantemente las conductas que presenten los niños a lo largo de la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Toma una posición cómoda, ya sea recostado o sentado. ➤ Al finalizar la sesión se le preguntó lo siguiente: si gustas puedes compartir, lo que la música te causó.. 	<p>Aplicador: María del Socorro en colaboración de la Psicóloga del Centro Duración: 50 minutos. Observaciones JME: Presenta conductas inadecuadas tales como agredir a sus compañeros verbal y físicamente, busca interactuar con los demás sin considerar límites, cuenta con demasiada locomoción y energía exacerbada. Nota: en cuestión de la música cuenta con cierto grado de sensibilidad a los estímulos ambientales, a punto de finalizar la sesión comienza a bailar al ritmo de la música.</p>

Sujeto 1 (JME) Día 2

Objetivos específicos	Material	Técnica	Estrategia	Indicaciones	Observaciones
El participante escuchara algunas melodías de Tchaikovsky	Grabadora CD. Tchaikovsky	Grupal	Las aplicadoras estarán supervisando constantemente las conductas que presenten los niños a lo largo de la sesión.	No asistió a la escuela.	Aplicador: María del Socorro en colaboración de la Psicóloga del Centro. Duración: 50 minutos.

Sujeto 1 (JME) Día 3

Objetivos específicos	Material	Técnica	Estrategia	Indicaciones	Observaciones
El participante escuchara algunas melodías de Chopin	Grabadora CD. Chopin	Grupal	Las aplicadoras estarán supervisando constantemente las conductas que presenten los niños a lo largo de la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Toma una posición cómoda, ya sea recostado o sentado. <p>Al finalizar la sesión se le preguntó lo siguiente: si gustas puedes compartir, lo que la música te causó.</p>	<p>Aplicador: María del Socorro en colaboración de la Psicóloga del Centro</p> <p>Duración: 50 minutos.</p> <p>Observación de LME: Al finalizar la sesión, quiso comentó lo siguientes: Pensaba que jugaba con mis papas y mis hermanos en ese momento lo interrumpe Tomas y al querer retomar su comentario menciona que no recuerda.</p>

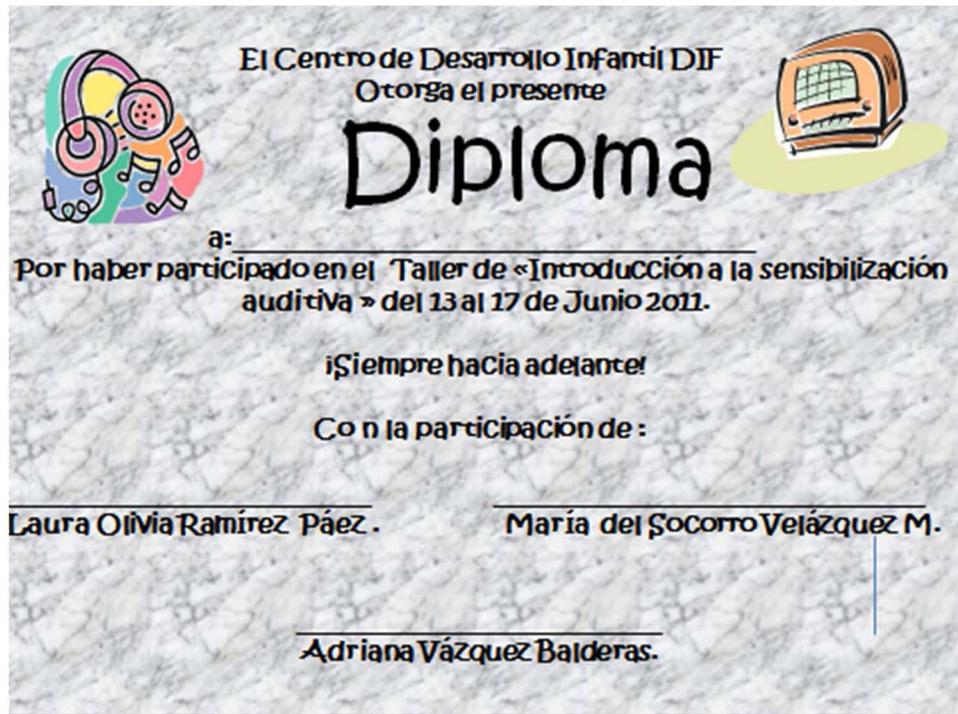
Sujeto 1 (JME) Día 4

Objetivos específicos	Material	Técnica	Estrategia	Indicaciones	Observaciones
El participante escuchara algunas melodías de Mozart	Grabadora CD. Mozart	Grupal	Las aplicadoras estarán supervisando constantemente las conductas que presenten los niños a lo largo de la sesión.	No asistió a la escuela.	Aplicador: María del Socorro en colaboración de la Psicóloga del Centro. Duración: 50 minutos.

Sujeto 1 (JME) Día 5

Objetivos específicos	Material	Técnica	Estrategia	Indicaciones	Observaciones
El participante escuchara algunas melodías de Tchaikovsky	Grabadora CD. Tchaikovsky	Grupal	Las aplicadoras estarán supervisando constantemente las conductas que presenten los niños a lo largo de la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Toma una posición cómoda, ya sea recostado o sentado. ➤ Al finalizar la sesión se le preguntó lo siguiente: si gustas puedes compartir, lo que la música te causó. 	<p>Aplicador: María del Socorro en colaboración de la Psicóloga del Centro.</p> <p>Duración: 50 minutos.</p> <p>Observación de LME: Su inquietud y desobediencia fueron persistentes a lo largo de la sesión con poca recepción de la música.</p>

ANEXO 4



ANEXO 5

