



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**CUIDADO DE ENFERMERÍA ALTERNATIVO:  
MUSICOTERAPIA**

**TESINA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:  
ALEXIS ISAAC VALLE BRAVO**

**TUTOR PRINCIPAL:  
LIC. EN ENFERMERÍA EDGAR JAIMES MORALES**

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVO.....	6
JUSTIFICACIÓN .....	6
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
METODOLOGÍA.....	11
CAPÍTULO 1 .....	12
CAPITULO 2 .....	59
CONCLUSIONES.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS DE LA VALORACIÓN .....	90

## INTRODUCCIÓN

La musicoterapia es el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Es también la aplicación científica de la música, dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento. Dichos cambios facilitan a la persona el tratamiento que debe recibir a fin de que pueda comprenderse mejor a sí misma y a su mundo para poder ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad. (National Association for Music Therapy. NAMT).<sup>1</sup>

La música mucho antes de ser tecnología, fue un sistema complejo de comunicación humana pragmático (esta es la tesis fundamental de todas nuestras argumentaciones); nada más y nada menos. (Algunos expertos llegan incluso a decir que fue la precursora del lenguaje hablado).

Es desde este punto de vista en el que la musicoterapia toma la música, como una señal comunicativa pragmática, un rastro dinámico de la existencia del hombre cuyos componentes esenciales son:

- 1.- Una onda sonora como material comunicativo.
- 2.- Un emisor y un receptor de la onda.
- 3.- Una intención comunicativa en el emisor. (Esto tiene que ver con la necesidad humana de autoexpresión y que nos lleva a reproducir la realidad a través de los sentidos para confirmar nuestra existencia)
- 4.- En el receptor debe haber comprensión (esto supone código compartido) y respuesta significativa. (Esto supone confirmar o reformar la experiencia del emisor).

La musicoterapia desde este punto de vista, trabajará ante todo sobre la construcción o reconstrucción de la realidad existencial por medio del simple gesto sonoro compartido. A ella no le importan tanto cuales son los elementos que lo

---

<sup>1</sup> (Ruggero, 2011, pág. 3) (1)

componen y su significado, además de cuál es el modo o estilo de conducta que surge de la relación sonora.<sup>2</sup>

Para comprender mejor el uso y aplicación de la musicoterapia, tenemos que mencionar que la enfermería es una profesión en contacto continuo y directo con el paciente y su familia, tenemos un papel protagonista a la hora de poder ofrecer las posibilidades y beneficios de las terapias complementarias. Este trabajo tiene la finalidad de dar a la música la relevancia terapéutica que posee y hacer notar que es congruente con la ciencia de Enfermería, que su aplicación como técnica terapéutica dará resultados positivos en los pacientes de un modo más directo e inmediato. Además de evidenciar cómo el egresado de la carrera de enfermería Alexis Isaac Valle Bravo realiza las sesiones de terapia musical con los participantes de las distintas poblaciones-muestra seleccionadas, dentro de un ámbito religioso.

Para plasmar el desarrollo y evolución de los participantes, se utilizó principalmente el formato de “Proceso de Atención de Enfermería”. Al igual que otros instrumentos de valoración que se encuentran en el apartado de “Anexos”, para de ésta manera diagnosticar, medir y evaluar los datos necesarios y así poder formular las propias conclusiones acerca de la aplicación, sus beneficios y efectividad en el ámbito intra y extra hospitalario.

Para el desarrollo de éste trabajo se dividió el contenido en capítulos y se realizó la investigación bibliográfica requerida para enriquecer el tema y de ésta manera lograr que el aplicador acrecentara la comprensión de la música y su empleo como tratamiento terapéutico a lo largo de la historia y en la actualidad.

A continuación se presenta una descripción breve del contenido por capítulos:

**CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO:** El capítulo nos introduce históricamente con el mundo de la terapia alternativa sonora, llevándonos por fechas, acontecimientos históricos y conceptos muy interesantes de alta relevancia, pues ésta recopilación

---

<sup>2</sup> (Inter-Social, 2002, págs. 52, 53) (4)

documental nos brinda los primeros cimientos de lo que hoy conocemos cómo un tratamiento médico.

Además se definen los principios básicos, las características que debe poseer la música con cualidades curativas, además de enlistar y definir las reacciones que desencadena “el arte de la interpretación musical” en el organismo, también se hace una descripción detallada de las distintas técnicas de aplicación y al finalizar el capítulo se enlistan las diferentes áreas de aplicación para enfermería en donde es viable el uso terapéutico de la música.

En el mismo capítulo, se desarrolla el tema central de manera objetiva de acuerdo a lo que dicta la NAMT (National Association for Music Therapy). En éste caso se aborda desde dos perspectivas, la aplicación preventiva y la aplicación curativa de la terapia.

Encontraremos la descripción de los objetivos generales de la terapia, después se desglosan la organización y metodología para la aplicación en el área deseada, posteriormente se describe la vinculación de la enfermería con el área musical respaldado con la intervención encontrada en el libro “NIC”, con el nombre “MUSICOTERAPIA”. Y para finalizar con su contenido se enlistan los parámetros de aplicación de la música relajante así como también de la música excitante; duración, intensidad de la música, especificaciones y características del lugar, recursos materiales a emplear junto con las actividades de enfermería y la evaluación del paciente antes, durante y después de la aplicación de las sesiones.

**CAPÍTULO 2 PROCESO DE ENFERMERÍA:** En el siguiente y último capítulo, se describen los hallazgos encontrados por el Egresado de la Carrera de Enfermería Alexis Isaac Valle Bravo utilizando el formato del “**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**” para plasmar todos los datos y resultados obtenidos en el proceso de ésta investigación y cómo modelo teórico para el diagnóstico se utilizaron “**LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**”. Posteriormente se redactó la aplicación de las sesiones musicales por cada grupo de población seleccionado, con su respectiva evaluación de resultados y finalizando, en el último apartado encontraremos la evidencia fotográfica con su respectivo análisis y conclusión del

trabajo, numerando los diagnósticos de enfermería que se recomiendan la para la posterior aplicación de la terapia musical.

## **OBJETIVO**

### **GENERAL:**

Describir la musicoterapia como parte integral del cuidado de enfermería, por medio de investigación documental y electrónica de los antecedentes de la misma, para fortalecer las terapias alternativas en el cuidado enfermero.

### **ESPECÍFICOS:**

- Aplicar la intervención de musicoterapia, según la taxonomía NIC, en población general sana, a partir de la utilidad, la finalidad, la continuidad (uso a futuro) y la satisfacción que produce.
- Evaluar mediante diferentes instrumentos diagnósticos el nivel de satisfacción emocional que causa en la población diana la aplicación de la musicoterapia.
- Contribuir para que los licenciados en enfermería puedan aplicar la musicoterapia en sus espacios de trabajo y registrar sus resultados considerando a la música cómo una terapia complementaria efectiva.

## **JUSTIFICACIÓN**

Las terapias complementarias están adquiriendo cada vez mayor protagonismo. La propia Organización Mundial de la Salud las recomienda a los enfermeros como una de las estrategias para alcanzar el objetivo de “Salud para todos”. Dichas terapias están basadas sobre todo en técnicas manuales, en los beneficios del contacto físico, en la respiración, la relajación o en todo aquello que contribuya a hacer más agradable y saludable el entorno de cada persona. Son eficaces, están al alcance de todos, y no sólo tratan enfermedades sino que contribuyen de manera evidente a mejorar el estado general de salud.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> (Gutiérrez, Álvarez, & Alba, 2007, pág. 3) (5)

A lo largo de la historia, la música y la terapia han sido dos conceptos fuertemente vinculados como lo demuestra el hecho de que la gran mayoría de las sociedades y culturas han compartido la creencia en el poder de la música para curar. Sin embargo la música es una forma de expresión que se clasifica dentro de las “bellas artes”: Las artes son los instrumentos más poderosos que el hombre conoce para profundizar y comprender sus emociones y sentimientos. De ahí se deriva su valor terapéutico, su poder para contribuir al equilibrio psíquico del ser humano. Toda obra de arte es capaz de generar alguna emoción y es esa capacidad de generar emoción lo que le confiere un valor terapéutico.<sup>4</sup>

El valor terapéutico de la música no reside en el contenido intelectual sino en su contenido emocional. Lo que resulta terapéutico es la emoción que despierta (influencia que ejerce sobre la persona), en este sentido las cualidades expresivas de un “intérprete” o “músico” en ésta área son esenciales para transmitir emociones. En todas las religiones, la música forma parte del culto por su capacidad de despertar el sentimiento de lo sublime y en todas las culturas las madres o figuras maternas cantan canciones de cuna a sus bebés para que duerman desde tiempos inmemoriales.<sup>5</sup>

Existe cierta unanimidad entre los estudiosos, al considerar que el poder de la música está condicionado en gran medida, por el modelo cultural. Sus efectos psicológicos no se deben a la estructura de la música en sí, sino al aprendizaje (subconsciente colectivo); Para producir una respuesta emocional la música debe tener algún significado para quien la oye.<sup>6</sup>

Hasta hace poco tiempo se pensaba que la música clásica resultaba más beneficiosa, al ser considerada por los expertos como "buena música" sin embargo se ha comprobado que su efecto es positivo sólo si el paciente la comprende. En 1940, Morey realizó un experimento con una tribu de indígenas africanos haciéndoles escuchar música de Handel, Schubert y Wagner para conocer sus reacciones. Según ellos esa música no expresaba ninguna emoción y

---

<sup>4</sup> (Almansa, 2003, pág. 1) (3)

<sup>5</sup> (Almansa, 2003, pág. 1) (3)

<sup>6</sup> (Almansa, 2003, pág. 3) (3)

no les sugería nada. Lo que ocurría en realidad era que habían aprendido una música diferente. Los pueblos "salvajes" no gustan de nuestra música clásica; no es una cuestión de raza, sino únicamente de cultura. Se cree que la música tiene un valor universal, válido en todas las épocas y en todas las culturas, lo cual no es cierto. Aceptamos como "buena" una determinada música por el aprendizaje y la experiencia. La psicología actual no está aún en condiciones de medir (y tal vez no lo esté nunca) el substrato de sentimientos y emociones que han quedado como atrapadas en sus notas y que impregnan toda la música.<sup>7</sup>

### **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar.<sup>8</sup>

En México, se experimenta una transición epidemiológica "polarizada", cuyos rasgos más notorios son la disminución de enfermedades infectocontagiosas y el aumento de padecimientos crónico-degenerativos, incluidos los trastornos mentales. Uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. El tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección, al igual que lo observado en la mayoría de los países de América Latina.

Un estudio realizado con población mexicana encontró que la depresión y la ansiedad generan una condición de discapacidad mayor y días de trabajo perdidos comparado con algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas. Considerando la

---

<sup>7</sup> (Almansa, 2003, pág. 3) (3)

<sup>8</sup> (Escurdia, 2005, pág. 5) (11)

discapacidad como el deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto en el trabajo, en su vida social, en su hogar y en sus relaciones cercanas.

La última evaluación de los servicios de salud mental en México, señala las siguientes características: se observó que el eje de la atención de salud mental era —y sigue siendo— el hospital psiquiátrico. Si bien es cierto que el número de servicios ambulatorios fue más amplio, no alcanzaba para cubrir las necesidades de atención, y también se registró una cantidad insuficiente de servicios enfocados a la atención de los niños y adolescentes. Solo 27% del total de usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios eran niños o adolescentes, mientras que el porcentaje de menores atendidos en hospital psiquiátrico era el 6%. Los resultados también revelaron que aproximadamente 50% de los pacientes que recibían atención, lo hacían en servicios hospitalarios y que era internado un paciente de cada 1,7 atendido en los servicios ambulatorios.

Por su parte, 80% de los hospitales psiquiátricos había llevado a cabo algún tipo de intervención psicosocial durante el año anterior al estudio y, de ellos, 98% dispuso de medicamentos psicotrópicos. En promedio, los pacientes estuvieron hospitalizados menos de un mes (24 días), pero 38% había permanecido un período mucho más elevado (cinco o más años en hospitales psiquiátricos).

En México, como en muchos otros países de América Latina, los recursos humanos enfocados a la salud mental informaron niveles insuficientes y, en la mayoría de los casos, estaban concentrados en los hospitales psiquiátricos.<sup>9</sup>

El déficit de atención en el área emocional representa un problema en el cuidado integral de enfermería en nuestro país, por lo cual se propone el cuidado holístico porque es importante que el enfermero aprenda a realizar terapias alternativas para abordar el área emocional y el área fisiológica, desde otra perspectiva de intervenciones.

En México predomina el segundo y tercer nivel de atención a la salud, por lo tanto es un hecho que la medicina está enfocada en un mayor porcentaje a un nivel

---

<sup>9</sup> (Secretaría de Salud , 2013-2018, págs. 30, 31) (12)

curativo en comparación con el nivel preventivo, en pocas palabras la atención proporcionada por parte del personal médico y de enfermería tendrán el fin de curar o rehabilitar, sin embargo para lograr el resultado deseado debemos de implementar un plan de cuidados con un enfoque holístico, para abordar las necesidades que describe Virginia Henderson en su modelo teórico de las 14 necesidades y de ésta manera alcanzar los objetivos de forma satisfactoria, lo cual se reflejará en la salud de la persona por medio de intervenciones y actividades que complementan el cuidado.

Dentro de las vivencias personales, se ha podido constatar que la música en sí puede ser un medio por el cual las personas se expresan, relajan, y se desahogan. El interés del estudio de la musicoterapia surge a partir de estas vivencias y los conocimientos obtenidos durante el curso de la licenciatura en Enfermería; Observando que en el área se tiene poco conocimientos y por ésta cuestión se realiza su aplicación rara vez o ninguna.

Conociendo los beneficios que la música puede provocar en las personas si es aplicada adecuadamente y observando la necesidad de innovar nuevas formas de realizar terapia, tomando en cuenta las necesidades de la población, surge la intención de recabar información respecto al tema para darla a conocer al gremio de enfermería que está por egresar y los que ya son egresados, para que ésta ciencia sea aplicada como tal conociendo sus beneficios.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **¿LA MÚSICOTERAPIA ES PARTE DEL CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA?**

El siguiente trabajo dará a conocer las aplicaciones científicas de la música en 3 grupos diferentes de participantes para evaluar y clarificar mitos cómo “la música no es una terapia” o “la música solo sirve para relajarse” y así poder comprobar si realmente forma parte del cuidado integral de enfermería o no.

De ésta manera se presenta el siguiente trabajo en el cuál se incluyen pruebas reales y evidencias de tipo audiovisual para respaldar lo mencionado con anterioridad y responder de forma precisa a la pregunta inicial.

## **METODOLOGÍA**

El proceso de selección del tema se llevó a cabo el día 18 de Febrero del 2019 con ayuda de la mesa directiva de la carrera de enfermería con base en las habilidades y temas de dominio del egresado, posteriormente en el día 20 de Febrero se inició con la investigación bibliográfica electrónica utilizando diferentes plataformas cómo “Google académico”, “Enferteca” entre otras, ésta investigación también se llevó a cabo de manera física acudiendo a la biblioteca central de Ciudad Universitaria y la biblioteca de La Facultad de Estudios Superiores Iztacala recopilando así toda la información documental para el desarrollo de éste trabajo, después se inició el día 26 de Febrero la redacción del trabajo comenzando con el marco teórico y estableciendo el formato determinado para la modalidad de “tesina” bajo la asesoría del Lic. en Enfermería Edgar Jaimes Morales, acudiendo en su horario de oficina regularmente, para presentar los hallazgos y el avance del trabajo, posteriormente se realizó la planeación de la aplicación de las sesiones, para su desarrollo el egresado de la carrera de Enfermería busco asistir a una Iglesia de denominación cristiana pentecostés, en una zona estratégica, posteriormente se observó durante un mes a la población que más frecuentaba el sitio y de acuerdo con lo observado, se buscaron instrumentos de valoración diagnóstica para así aplicarlos y encontrar ciertas necesidades alteradas que se especulaban la población Diana tenía. Por acuerdo se dividió a la población en 3 grupos de estudio y se les hizo firmar un consentimiento informado en donde accedían de manera voluntaria a participar en el desarrollo de la terapia musical sin fines de lucro siempre y cuando se respetara la confidencialidad, cabe aclarar que los pasos se llevaron a cabo conforme al modelo de valoración del proceso de enfermería tomando como base el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, extrayendo únicamente las últimas 5 necesidades enfocados al bienestar psicológico y espiritual, por consiguiente se realizó la etapa diagnóstica con el uso de la taxonomía NANDA, NOC Y NIC.

Al elaborar la redacción y registro de estos datos, se llegó a un acuerdo con los coordinadores de la Iglesia llamada “CRISTO LA PEÑA DE HOREB” los cuales son los Licenciados en Teología JESUS VALLE NOLASCO Y LAURA BRAVO LEÓN, gracias a su ayuda se pudieron adquirir los recursos de producción e instrumentos musicales, posteriormente se pidió de manera voluntaria la colaboración del grupo musical “JEZREEL” el cuál accedió amablemente; Con todos éstos elementos, se llevaron acabo de manera exitosa la aplicación de las sesiones de terapia musical en cada población Diana, la filmación y captura de la evidencia fotográfica se llevaron a cabo por la Lic. en Teología Laura Bravo León,

posteriormente al concluir con el cronograma establecido, se realizaron los registros necesarios en éste trabajo para poder darle solución a la pregunta inicial, al llevar a cabo la evaluación se hizo el análisis estadístico correspondiente con los datos recopilados y se concluyó el trabajo presentado los resultados ante los asesores correspondientes (Lic. Edgar Jaimes Morales, Mtra. Margarita Acevedo Peña, Mtra. Ericka García Zeferino, E.E Alejandra Miranda Martínez y Lic. Erick Alberto Ramirez Alvarado) y ante los participantes de éste trabajo. Estando en espera de ser aprobado el Egresado de la carrera en enfermería concluyó de manera satisfactoria la investigación presente el 29 de Mayo del 2019.

## **CAPÍTULO 1**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

La utilización de la música como un agente terapéutico, no es nada nuevo. Las sociedades primitivas desde la Prehistoria y las existentes aún en nuestros días utilizan cantos, danzas e instrumentos musicales muy rudimentarios en sus rituales religiosos o sociales<sup>10</sup> por lo tanto la musicoterapia se ha empleado desde hace mucho tiempo, en Sumeria y Babilonia utilizaban instrumentos de viento en los ritos de curación y en las celebraciones en el templo (SACHS, 1940). En Babilonia flautas y pitos fueron usados por los sacerdotes músicos para estimular la curación de los enfermos mentales (HOELZLEY, 1992).

En Egipto empieza a emerger un modo más racional de utilización de la música como agente curativo, la finalidad era el restablecimiento y la rehabilitación de problemas tanto físicos como psíquicos o emocionales. El “Edwin Smith Surgical Papyrus”, el “Hent Tani Papyrus” y el “Ebers Medical Papyrus” revelan el nacimiento de unas actitudes racionales sofisticadas e incuestionadas acerca de varios aspectos de la medicina y la música como curación. La música fue utilizada terapéuticamente en los programas de tratamiento hospitalario de Egipto, para curar el cuerpo, calmar la mente y purificar el espíritu. (HOELZLEY, 1992).

El Pueblo Hebreo utilizaba la música en casos de problemas tanto físicos como mentales (Merriam, 1964).

---

<sup>10</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 6) (4)

Pero fue en la Antigua Grecia adonde "hay que buscar los fundamentos científicos de la Musicoterapia. Pitágoras desarrolló conceptos matemáticos para explicar la armonía en la música, en el universo y en el alma humana. La enfermedad mental era el resultado de un desorden armónico dentro del alma, y a la música se le reconocía el poder de restaurar esta armonía perdida" (POLYCHRONIADOU, 1993).

Platón creía en el carácter divino de la música. La música podía proporcionar placer o sedar, por lo tanto Platón y Aristóteles la describieron como modificadora del humor y las emociones; La música fue considerada como la armonía y el ritmo de la vida. "La desarmonía y la arritmia de las personas enfermas mentales precisan normalizarse para recuperar la salud" (POLYCHRONIADOU, 1993).

Aristóteles fue, según parece, el primero que teorizó sobre la gran influencia de la música sobre los seres humanos. A él debemos la Teoría del "ethos" de la música (la palabra griega "ethos" puede ser traducida por "la música como provocadora de estados de ánimo", como "mood music ". Esta teoría está basada en la idea según la cual existe una estrecha relación entre los movimientos físicos del ser humano y los de la música. Esta relación hace posible el que la música pueda ejercer una influencia determinada sobre el carácter del hombre, no sólo sobre sus emociones. Por ello cada melodía era compuesta con la finalidad definida de crear un estado de ánimo o "ethos"

Aristóteles Quintiliano describió tres grupos de composiciones ya existentes:

- 1.- La "systaltiké": las composiciones musicales que producen un efecto depresivo o que despiertan sentimientos penosos.
- 2.- La "diastaltiké": las que elevan el espíritu.
- 3.- La "hesikastiké i Mese": aquellas que calman el espíritu.

Aristóteles en su Política (VII), señala que la música opera sobre nuestra voluntad de tres modos:

- a) Puede movernos a la acción, "ethos praktikón".

- b) Puede despertar la vitalidad de nuestro temperamento, "ethos ethikón".
- c) Puede aminorar nuestro equilibrio como consecuencia de canciones deprimentes.
- d) Puede suprimir por algún tiempo nuestra voluntad. Puede provocar éxtasis.

Para la Musicoterapia es fundamental la Teoría Modal de los griegos. Esta teoría considera que cada uno de los tres elementos básicos de la música: melodía, armonía y ritmo ejercen unos determinados efectos sobre la parte fisiológica, emocional, espiritual y sobre la fuerza de voluntad del hombre.

Por tanto tomaron en consideración el:

- a) "ethos" de las "harmoniai " o sea de los modos o escalas.
- b) "ethos" de los "tonoi".
- c) "ethos" de los ritmos.

Para ellos cada modo producía un determinado estado de ánimo. Esta teoría, con las modificaciones que se introdujeron en la Edad Media, ha estado vigente en la música clásica hasta el siglo pasado. Incluso tuvieron en cuenta el "ethos" de los instrumentos musicales, los cuales los dividieron en dos grupos:

- 1.- "ethos" de los instrumentos zitarísticos.
- 2.- "ethos" de los instrumentos auléticos.<sup>11</sup>

Florence Nightingale fue la primera enfermera que describió el efecto beneficioso de la música, pues la empleo como parte de los cuidados que prestó a los soldados en la guerra de Crimea. Narró cómo las enfermeras usaban la voz y la melodía con flautas para provocar efectos beneficiosos en los soldados con dolor.

En América se usó para tratar la depresión, la esquizofrenia y el insomnio en los veteranos de la segunda guerra mundial. En la actualidad se utiliza tanto para el ámbito terapéutico como preventivo.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> (Inter-Social, 2002, págs. 6, 7, 8) (4)

## **LOS 7 PRINCIPIOS BÁSICOS DE MUSICOTERAPIA**

### **1.- TEORÍA GRIEGA DEL "ETHOS":**

Se refiere a la capacidad que posee la música para provocar estados de ánimo. Ello se debe a que entre los movimientos de la música y los movimientos físicos y psíquicos del ser humano existe una fuerte relación la cual origina en el hombre, cambios fisiológicos y psicológicos. Para PLATÓN lo que hace que percibamos un sonido como armónico o desarmónico depende de la semejanza o compatibilidad de los sonidos musicales y los, movimientos musicales en nosotros.<sup>13</sup>

### **2.- EL ORGANISMO COMO UN TODO, DE ALTHULER:**

El doctor ALTHULER (1953) se basa en la teoría de William WHYTE aplicándola a la musicoterapia. Según la misma, el organismo humano forma una entidad compacta; se considera la mente y el cuerpo como algo unido inseparablemente entre sí y con un propósito común. Ambas se influyen recíprocamente, un aspecto que se considera la base de la medicina psicosomática, especialmente importante en psiquiatría.

Las artes y en especial la música mueven al organismo en su totalidad. Por ejemplo, el ritmo mueve especialmente la parte fisiológica (nuestros miembros) pero su influencia se extiende a nuestra parte emocional a un tiempo y a todo nuestro ser.

La música mueve a la parte fisiológica, psicológica, intelectual y espiritual del ser humano a un tiempo y de manera instantánea, predominando uno o varios de estos aspectos de acuerdo con el tipo de música que se esté escuchando o interpretando.

Las consecuencias de este principio abarcan 2 aspectos sobresalientes:

---

<sup>12</sup> (Puig & Lluch, 2012, pág. 59) (2)

<sup>13</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 30) (4)

1.- La música crea una atmósfera de unidad e intimidad, incluso en los grupos más heterogéneos. Las barreras sociales, raciales, culturales, lingüísticas... son vencidas fácilmente.

2.- La música no sólo es útil al compositor ayudándole a sublimar sus instintos, sino que ayuda también al intérprete y al oyente. Cada uno se verá afectado por la misma composición pero en diverso grado. Los efectos nunca pueden ser predecibles; ahí reside la dificultad de la musicoterapia.<sup>10</sup>

### **3) PRINCIPIO HOMEOSTÁTICO DE ALTSHULER (1952):**

#### **1.- La música como factor homeostático:**

Es indudable que la música es una de las más grandes invenciones del hombre. Las culturas y las civilizaciones no se habrían podido desarrollar sin ella. "La natural dualidad del hombre, sus eternos conflictos, sus divisiones básicas necesitan el tipo de superinstitución que es la música. Necesitamos un agente, un árbitro, que pueda mantener las fuerzas instintivas y las fuerzas socio-culturales en un estado de acuerdo".

Dos elementos estructurales "el ritmo y la melodía" son señalados como esenciales en esta tarea. **El ritmo** es en música un elemento de repetición-compulsión, que ayuda al hombre a mantener viva su vida instintiva, pudiendo expresar libre y directamente sus necesidades lógicas. El conflicto básico entre "hombre-bestia" y "hombre civilizado", añadido a sus esfuerzos por dominar la naturaleza, cargan al hombre de agresividad. El ritmo puede aligerarla, pero no eliminarla del todo; incluso es posible que aumente.

Por otro lado, **la melodía** sí ayuda al hombre a liberarse de esta agresividad. En las danzas guerreras o rituales las dos tendencias (el deseo de matar y la fuerza social que se opone a ello) se reconcilian a través de la melodía. Además, el impulso de matar que se siente individualmente difiere del que se siente en un grupo social, en el sentido de que tal vez resulta más fácil transformarlo a través

de la danza en algo simbólico, en una "muerte simbólica", con lo cual se ha logrado satisfacer el instinto manteniéndose dentro de la norma social que lo prohíbe. Una masa o un grupo es fácilmente manipulable.

Las piezas musicales que nos resultan placenteras o agradables a la mente y al corazón lo son seguramente porque "contienen una carga de energía instintual metamor-foseada. No son las leyes estructurales de la música las que hacen de BEETHOVEN o BRAHMS unos seres inmortales; más bien lo son en la medida que sus composiciones han contribuido a ayudar al hombre a emanciparse de sus necesidades instintivas.<sup>11</sup>

## **2.- Necesidad de orden.**

Nuestro cerebro, tan complicado y bien organizado a la vez, y nuestro sistema nervioso central (con su simetría, orden, ritmicidad, etc.) muestran una gran afinidad hacia todo lo que sea organización, tono, orden belleza... más que a otras características como el ruido, el desorden o la fealdad. A tal efecto, es útil recordar que por ejemplo los niños con síndrome de Kanner prefieren músicas armónicas y de gran belleza. En general, cualquier forma de patología aparece como algo sin orden ni belleza.

El ritmo y la melodía son poderosos reguladores de la inevitable agresividad humana. "El hombre vence su agresión cuando puede "metamorfosarla", transformarla en melodía. Cuanto más tierna y plañidera sea la melodía, más podrá vencer su agresión.

Cuanto más fuerte sea la agresión, tanto más suave y suplicante debe ser la melodía. La melodía tiene la propiedad de crear tensión muy fácilmente, monopoliza la agresión antes de que llegue a estallar".

"La longevidad de una melodía depende del poder de aliviar agresión y proporcionar placer". Esto explicaría la pervivencia de la llamada "música clásica", así como de determinadas músicas religiosas o folklóricas. Sin duda, el tiempo es

la mejor criba para que permanezca tal vez lo mejor, pero sin duda sigue ayudando al ser humano.<sup>14</sup>

#### **4) PRINCIPIO DE "ISO", DE ALTSHULER (1954):**

Este principio lo dedujo ALTSHULER del principio de homeostasis. Él piensa que proporcionar música a los pacientes significa brindarles realidades básicas en forma de sentimientos, percepciones e imágenes. **Este material es capaz de reemplazar o desplazar estados de fantasía y de alucinación, así como ilusiones y temores.**

"Iso" significa "igual" en griego. ALTSHULER comprobó que usando música idéntica (de aquí el término "iso") al "mood" o estado de ánimo del paciente y a su "tempo" mental (estados de hiper o hipoactividad) era útil para facilitar la respuesta mental y emocional del paciente. Este principio constituye la base de la estrategia que debe seguir el especialista para contactar con el enfermo. Es fundamental, al igual que lo es en psicoterapia, establecer una relación terapeuta-paciente en términos de igualdad: el paciente debe ser visto como un semejante, un ser igual a nosotros a quien intentamos ayudar pero no someter, avasallar o dogmatizar. Siempre debe abordarse al paciente con respeto y afecto profundos, pero en liberat. Sólo entonces puede empezar a tener lugar el proceso psicoterapéutico.

ALTSHULER encontró que los pacientes depresivos eran "movidos": contactaban mejor con música triste y en un tempo "andante" (es decir, un poco lento). En cambio, los pacientes maníacos o en estados de exaltación y euforia contactaban con una música alegre y en un "tempo" rápido. Esto es aplicable no sólo a enfermos mentales, sino también a personas normales en estados de tristeza, falta de vitalidad, alegría, agitación etc.

También se tiene en cuenta la altura tonal y el ritmo. Por ejemplo, en una situación en que existe una atmósfera ruidosa o de griterío, la música debe elevar su volumen hasta imponerse a ellos.

---

<sup>14</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 33) (4)

En las sesiones de musicoterapia llevadas a cabo por el propio Dr. ALTSHULER en el "Eloise Hospital", desde 1941, hacía escuchar a los pacientes música en la que predominaran los siguientes factores, en el orden que se indican:

**1º Ritmo, porque éste apela a los niveles más primitivos e instintivos del hombre. Por ejemplo, marchas militares, danzas populares, etc.**

**2º Melodía.**

**3º Modificación del estado de ánimo ("Mood music"). Aquí se empieza a usar música triste si se trata de un paciente depresivo o por el contrario se utiliza música alegre en casos de enfermos maníacos o exaltados. Sobre este aspecto insistiremos en el próximo capítulo.**

**4º Armonía. Se usa por su influencia como elemento integrador. Por ejemplo, música coral.**

**5º Música descriptiva o pictórica para estimular la imaginación.**

Este orden no debe considerarse "tipo" ni único, ni a seguir en con toda clase de pacientes. Fue indicado con aquel tipo de pacientes. Es el profesional musicoterapeuta quién debe elegir el orden y el contenido de las sesiones, de acuerdo con el tipo de pacientes. Lo que es válido y esencial de este principio es el contactar con el paciente con un tipo de música que provoque un estado de ánimo, lo más parecido posible al estado de ánimo del paciente.<sup>15</sup>

##### **5) "PRINCIPIO DE LIBERACIÓN", DE CID (1787):**

La música es la que mejor puede contrarrestar las fuerzas negativas derivadas de la institucionalización del enfermo mental. Para la imaginación no existen fronteras y la música, con su enorme poder para desvelar nuestra fantasía, ayuda a evadirnos de la realidad, a colorearla de afectividad, una característica ésta última de la que suele verse privado el enfermo mental. Su utilidad no se limita a los enfermos mentales: efectivamente, la música es el mejor remedio ante la fatiga originada por el trabajo y la rutina.

---

<sup>15</sup> (Inter-Social, 2002, págs. 34, 35) (4)

El autor de este principio, el Dr. Francisco Javier CID preconizaba la "variedad de objetos" para ayudar a la curación de la melancolía y otros estados depresivos. Se trataba de hacer viajar al enfermo con el fin de distraer su atención. Afirma: "Si hubieran reflexionado los médicos sobre la música y su modo de obrar, hubieran substituido al penoso, largo y dispendioso remedio del "viajar" al barato, fácil, inocente y eficazísimo de la música, puesto que en cada momento se renuevan de mil modos los objetos".<sup>16</sup>

#### **6) PRINCIPIO DE COMPENSACIÓN, DE POCH (1988):**

Parece que todos buscamos en la música aquello de lo que carecemos en un momento determinado. Si estamos cansados, buscamos descanso; si nos encontramos tristes, queremos alegrarnos; si estamos solos, buscamos sentirnos acompañados... En líneas generales, buscamos en la música inspiración, energía, serenidad, quietud, alegría, posibilidad de descargar nuestra agresividad, etc.<sup>17</sup>

#### **7) PRINCIPIO DEL PLACER, DE ALTSHULER (1952):**

Ante la pregunta "¿Por qué la música afecta al ser humano", podemos responder: "Porque la melodía y el ritmo, puestos en un cierto orden, producen placer". La música tiene la propiedad de atraer la atención al apelar al principio del placer. WILLMS (1975) señala la importancia de la experiencia placentera, especialmente en el caso de los enfermos psicóticos. Por su parte, Max SHOEN (1971) considera: "Nosotros experimentamos gozo ante una obra de arte cuando nuestra personalidad es recreada, renovada. Esta renovación puede ser de dos clases: restauración o rejuvenecimiento. El goce como restauración es volver atrás hacia lo antiguo, lo usual, el normal funcionamiento de nuestro cuerpo. El goce como restauración nace cuando se elimina un estado de desequilibrio y de desorden, como el acto de beber cuando se tiene sed (en este caso, el agua sería el fin). Pero existe un goce de rara cualidad cuando algo nos emociona sin que con ello consigamos satisfacer ninguna necesidad concreta. Este goce está libre de cualquier presión, de cualquier compulsión de nuestro cuerpo".

---

<sup>16</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 35) (4)

<sup>17</sup> (Inter-Social, 2002, págs. 35, 36) (4)

He aquí el auténtico placer estético; ello ocurre cuando la persona siente que se proyecta en la obra musical o la danza y se identifica con ella, con los sentimientos que percibe como derivados de ella. Entonces encuentra un momento de respiro, de descanso.<sup>18</sup>

## **CUALIDADES TERAPEUTICAS DE LA MÚSICA**

¿Por qué la musicoterapia es importante? Para contestar a esta pregunta es básico, de entrada, tener presente que la música es un ARTE, una de las Bellas Artes y que por tanto posee las cualidades psicológicas y terapéuticas inherentes al arte, en sí mismo.

**1.- PODER DE SUGESTIÓN Y ENSUEÑO:** "No se puede negar el poder de sugestión de las obras de arte. Todas, en efecto, contienen sueño en potencia. Pero acaso su virtud sea el conservarlo en potencia" (DELACROIX, 1927). Paul SORIAU (1955) dice que la obra de arte ejerce una auténtica influencia hipnótica y sugestionadora en el sentido riguroso de las palabras.

SORIAU demuestra que las diversas artes han descubierto empírica e intuitivamente procedimientos muy análogos a los del hipnotismo y que como éstos tienen por resultado cautivar e inmovilizar la atención. Lo más típico es el RITMO; es justamente la excitación monótona y continua de que nos hablan los hipnotizadores (SORIAU, 1955). Esto resulta muy claro en música, gracias al ritmo (elemento esencial). Lo que en música ocurre de un modo dinámico ocurre en las demás artes "nos sugestionan". Esto constituye el estado contemplativo en arte, que estaría más o menos emparentada con esta tensión que participa y que se describe como el estado propio de la sugestión" (SORIAU, 1909).<sup>19</sup>

BERGSON dice algo muy importante al respecto: "El objeto del arte es adormecer las potencias activas, más bien resistentes de nuestra personalidad, y conducirnos así a un estado de docilidad perfecta, en el que realizamos la idea que se nos sugiere, en el que simpatizamos con el sentimiento" (BERGSON, 1906). De ahí

---

<sup>18</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 36) (4)

<sup>19</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 11) (4)

que se haya tenido al arte como al mejor maestro, como un factor terapéutico de primer orden, porque sugiere sin imponer. Contribuye a que se modifiquen conductas de un modo espontáneo, naciendo la decisión de uno mismo y no de otra persona, lo cual siempre es difícil de admitir. Mucho más si lo que se nos sugiere es de un modo afectivo “el arte sugiere emoción, sentimientos”. De ahí proviene su fuerza. Por ello el arte favorece la realización de sublimaciones; nos ayuda a intuir realidades trascendentes. También nos ayuda a la aceptación de la realidad tal cual es, por dolorosa que sea, pero adornándola, transfigurándola. Nos ayuda a ver aspectos sutiles, que escapan a la visión superficial o habitual, a la realidad fría.

Ayuda al enfermo mental a traspasar su propio enclaustramiento psíquico, el de su problema y hasta su confinamiento hospitalario. Por ello es importante el rodear al enfermo tanto mental como físico, de belleza arquitectónica y doméstica, su entorno. Les ayuda a salir de sí mismos, a superar su aislamiento "autista" (referido a los esquizofrénicos), a superar las obsesiones y fobias de los enfermos neuróticos, etc.<sup>20</sup>

**2.- PODER DE PROYECCIÓN:** En la obra de arte proyectamos nuestros sentimientos y conflictos, tanto los del artista como los de quien contempla o escucha la obra. De ahí su gran valor como medio de diagnóstico psicológico y clínico.

Esta proyección de sentimientos y conflictos, al igual que en el sueño, es en parte de naturaleza subconsciente y no es percibida o lo es muy incompletamente. El subconsciente tiene gran importancia tanto en la creación como en la contemplación, pero en cuanto a la transmisión y a la comunicación entre el creador y el contemplador, parece que se produce en la zona de lo consciente o en la del inconsciente colectivo. Los enfermos mentales y los enfermos físicos proyectan su problemática en sus producciones. El esquizofrénico presenta en sus dibujos unos signos patognomónicos fácilmente identificables; los enfermos con

---

<sup>20</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 12) (4)

algún miembro amputado cuando no han asumido su problema pueden dibujar el miembro amputado o afectado de mayor volumen que el normal.

**3.- RELACIÓN ARTE-SUEÑO:** Parece que las relaciones de las situaciones psicológicas personales con la obra de arte son parecidas a las que se establecen con el sueño: algunas son percibidas directamente, pero la mayoría no lo son. Se trata de asociaciones cuyo sentido es difícil de descifrar, ya que se manifiestan a nivel subconsciente.

Sin embargo existe una diferencia entre arte y sueño, según ODIER: "El sueño producciones. El esquizofrénico presenta en sus dibujos unos signos patognomónicos fácilmente identificables; los enfermos con algún miembro amputado cuando no han asumido su problema pueden dibujar el miembro amputado o afectado de mayor volumen que el normal, por ejemplo.

**4.- REALIZACIÓN IMAGINARIA DE DESEOS INCONSCIENTES:** Esta propiedad es compartida con el sueño, pero su papel es distinto. La obra de arte es un sueño fijado, o al menos una ocasión siempre presente de nuevos sueños, y es por lo que nos asegura una satisfacción más positiva.

**5.- TENTATIVA DE SÍNTESIS O DE CONDENSACIÓN:** Es una de las leyes del sueño. En un mismo instante podemos condensar en una visión o en una melodía varias realidades formando otra distinta de la obra de arte en sí, al asociarla a nuestras vivencias personales. Por ello la percepción de una obra de arte es algo personal e intransferible y hasta inexpresable en palabras, de un modo completo.

**6.- TENTATIVA DE SOLUCIÓN:** Todos buscamos en el arte aquello de lo que carecemos. Este es un principio de la musicoterapia y lo es en cualquier otra terapia a través de otras artes. Ello conlleva la personalización del tratamiento; las necesidades difieren totalmente de un enfermo a otro.

**7.- FUNCIÓN CATÁRTICA:** La obra de arte, tanto para el creador como para el contemplador, representa una descarga del potencial afectivo, que se acumula en exceso sobre ciertas tendencias cuando éstas están reprimidas. El arte puede ser un aligeramiento de estas tensiones excesivas. Existen tendencias reprimidas en

el subconsciente que sólo aflorarán al plano de la conciencia a través de transposiciones y simbolizaciones, de disfraces, sin sentirnos culpables. Este aspecto es muy importante en enfermos neuróticos, especialmente. En psicoanálisis y en otras formas de psicoterapia es muy útil provocar descargas del potencial acumulado en exceso o provocar recuerdos relegados al subconsciente. El modo mejor de hacerlo es a través del arte, ya que el paciente no se siente directamente aludido y por tanto libre de sentimientos de culpabilidad.

**8.- CAPACIDAD LIBERADORA DEL ARTE:** Al estudiar la proyección de la propia sensibilidad en el objeto, JUNG (1921) subraya el papel que dicho mecanismo desempeña en el arte y ve en tal movimiento de extraversión la razón liberadora del arte.

BAUDOUIIN (1955), un magnífico estudioso de la psicología del arte, dice: "El arte es más que una catarsis: es un medio de expresión. El término "expresión" contiene el de "cataresis" y lo desborda porque además señala una comunicación con el prójimo. Todos saben que el arte se propone expresar y pretende ser un lenguaje. Pero ¿qué expresa?"

**9.- LA FUNCIÓN DE LA COMUNICACIÓN:** Para que exista comunicación se precisa:

- a) El que va a comunicar
- b) un mensaje que se quiera comunicar
- c) el mensaje se codifica en una señal
- d) se transmite
- e) el que recibe el mensaje lo descifra y lo transforma en otra señal
- f) respuesta o no respuesta

Nada de esto ocurre en el proceso de comunicación estética. Primera diferencia: el artista no empieza con un mensaje que quiera transmitir. Lo que empieza el proceso de creación es un impulso, a veces sin cuerpo, una idea germinal con

poder de crecer. Este proceso es radicalmente opuesto al de comunicación. El acto de creación estética descansa precisamente en el proceso de crecimiento y este proceso es radical y fundamentalmente diferente del de elegir señales adecuadas para transmitir un mensaje preexistente. De hecho, en tanto en cuanto un artista sigue el proceso de comunicación en vez del proceso creativo, su obra se convertirá en no-artística.

¿Qué se transmite en una obra de arte? El artista proyecta sus complejos o sus deseos, al igual que el contemplador o el oidor y de un modo subconsciente. Dice FREUD: "El psicoanálisis puede demostrar sin dificultad, en el goce artístico, junto a la participación artística, una participación latente, aun cuando infinitamente más activa, que proviene de las fuentes ocultas de la liberación de los instintos" (FREUD, 1913).

La obra de arte transmite más de lo que cree transmitir, un bagaje consciente, subconsciente e inconsciente, pero transmite menos de lo que cree, ya que los complejos o necesidades del artista no coinciden con los del contemplador.

Los artistas o los enfermos descargan en sus expresiones artísticas su yo profundo, pero se engañan si creen que lo expresan todo de un modo plenamente inteligible para los demás. De ahí la necesidad de interpretación de las obras de arte de los enfermos mentales de acuerdo con su historial clínico. Tampoco se puede interpretar correctamente más que a través de una extensa producción; un solo dibujo o unos pocos difícilmente nos darán las claves necesarias para la correcta interpretación de su problemática. Sin embargo, no todo lo que expresa el arte es a nivel subconsciente. Hay contenidos perfectamente conscientes y fáciles de interpretar, incluso en las producciones de esquizofrénicos. Éstos no tienen intencionalidad comunicativa; en sus producciones falta un mensaje intencionado porque está en estado "intransitivo", pero existe comunicación aún a su pesar.

**10.- TIPO DE LENGUAJE:** Admitidas las salvedades anteriores, con todo, el arte es una forma de lenguaje "plástico" o sonoro, pre-verbal o a-lógico (en expresión de MASSERMANN, 1955), en que predomina lo emocional sobre lo intelectual. Es por tanto un modo de comunicación ideal en aquellos casos de ausencia de

expresión verbal o inadecuación de la misma. El enfermo mental se expresa más fácilmente o es la única forma de expresión, a través de tipos de lenguaje pre-verbales.<sup>12</sup>

**11.-SATISFACCIÓN:** el arte ofrece importantes satisfacciones a las funciones sintetizadoras del yo. Mediante la restauración en él de las partes disociadas de la personalidad. En este sentido, el arte opera perceptualmente lo que el psicoanálisis hace cognoscitivamente.

**12.- PROCESO DE EXPLORACIÓN:** El arte puede ser un gran medio curativo, porque el proceso creativo artístico es un proceso de exploración.

En el proceso de comunicación, el mensaje va de persona a persona, en una sola dirección si no hay respuesta y en dos direcciones si hay respuesta o si la respuesta es adecuada a las expectativas del dialogante. En cambio, en el proceso de creación estética el mensaje circula siempre en dos direcciones, de la persona a la obra de arte y de la obra de arte a la persona.

El proceso de creación estética consiste en explorar la expresividad de un particular medio. El artista es llevado a descubrir nuevas posibilidades de sentimiento. Para los humanos no existe otro medio de explorar el reino de los sentimientos más que explorando las cualidades sentimentales o emocionales de las personas y de las cosas. De ahí la importancia enorme en el proceso terapéutico ya que existe interacción entre el artista y la misma obra de arte. En determinado sentido, el arte es un sustituto de la relación humana emocional-afectiva, lo cual es muy importante cuando lo humano falla o para potenciar y embellecer y dar profundidad a una relación afectiva.

Por ello se ha dicho que la música, y también las Bellas Artes, son un patrón auto curativo del que la humanidad se ha servido desde que existe. El arte es inherente al ser humano, porque "Todo arte es la creación de formas perceptibles expresivas de emociones y sentimientos humanos" (LANGER, 1957).

El arte no es algo esotérico reservado a unos cuantos, alejado de la vida, sino un medio básico para establecer contacto con la vida, con lo más genuino,

profundo, afectivo y trascendente que tiene la vida. El modo cómo lograrlo es experimentándolo.

**13.- EL ARTE CONSTITUYE UN FENÓMENO SOCIAL DE INTERPRETACIÓN Y RESPUESTA (KOGAN 1965):** Ello porque favorece los procesos de individualización y de socialización. Por una parte, en arte no puede haber dos respuestas iguales, y por otra el arte tiende a unir a los hombres: "El arte es un medio de fraternidad entre los hombres, que les une en un sentimiento y por tanto es indispensable para la vida de la humanidad y para su progreso en el camino de la dicha" (TOLSTOI).

**14.- EL AUTENTICO PODER DE LAS BELLAS ARTES SOBRE EL HOMBRE:** Seguramente está todavía por descubrir, al igual que J.S. BACH decía, refiriéndose a la música: "La verdadera música no podemos más que presentirla".

El hombre, desde siempre, ha sentido y se ha beneficiado de los efectos de la música, pero es tan complejo que resulta imposible descifrar del todo el porqué de un hecho tan evidente.

El arte es sin duda la medicina preventiva de la que el ser humano se ha servido desde siempre.

**15.- ¿CÓMO PUEDE EL ARTE REALIZAR ESTAS FUNCIONES?** Mediante tres componentes del proceso artístico:

- a) Creación de una obra de arte
- b) El modo como una obra de arte presenta el sentimiento
- c) La experiencia que proporciona la ejecución<sup>21</sup>

## **EFFECTOS DE LA MÚSICA SOBRE EL ORGANISMO**

### **1.- EFECTOS BIOQUÍMICOS:**

1.- La música actúa sobre la bioquímica de nuestro organismo, positiva o negativamente, de acuerdo con el tipo de música escuchada.

---

<sup>21</sup> (Inter-Social, 2002, págs. 12, 13, 14, 15, 16, 17) (4)

2.- Ciertas notas musicales afectan a los aminoácidos de una proteína de las plantas y en consecuencia las plantas crecen más rápidamente.

3.- "La música sedante puede estimular la liberación de hormonas, tales como las endorfinas, las cuales a su vez actúan sobre receptores específicos del cerebro y sobre neuro-transmisores lo cual puede llevar a aliviar el dolor".<sup>22</sup>

## **2.- EFECTOS FISIOLÓGICOS:**

### **Presión sanguínea:**

1.- La música afecta a la presión sanguínea, la velocidad de la sangre y al fenómeno eléctrico del músculo cardíaco.

2.- El tipo de música no es la variable más importante, sino especialmente el interés del oyente por la música que escucha o el grado de aprecio que le merece.

**Ritmo cardíaco y pulso:** HODGES, (1980) recoge las conclusiones de diversos autores:

1.- Una música estimulante tiende a incrementar el ritmo cardíaco y el pulso, mientras que una música sedante tiende a disminuirlo.

2.- Cualquier tipo de música, sedante o estimulante, tiende a aumentar el ritmo cardíaco y el pulso.

3.- Música sedante y estimulante pueden causar cambios, pero estos cambios no son predecibles.

4.- La aceleración del ritmo cardíaco está altamente relacionado con la altura tonal, con el aumento de la complejidad de los elementos musicales de la composición y con el tempo.

El retardo en el ritmo cardíaco y en el pulso está relacionado con la resolución musical del conflicto (en la composición musical), con un tempo lento, con las cadencias finales, con la textura de acordes sostenidos y con movimientos armónicos lentos.

---

<sup>22</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 18) (4)

El ritmo cardíaco y el pulso se aceleran con el aumento de sonido y decrecen con la lentificación del tiempo.

La lentificación del ritmo cardíaco ocurre con la disminución del sonido y la lentificación del tiempo musical.

**Respiración:** HODGES (1980) LOS RESUME ASÍ:

1.- Una música estimulante tiende a aumentar la respiración. Una música sedante tiende, en cambio a lentificarla.

2.- Una música alegre tiende a acelerar la respiración.

**Respuesta galvánica de la piel:**

1.- Una música estimulante o sedante causa efectos muy diversos.

2.- Las preferencias musicales son muy importantes en cuanto al resultado.

3.- La tonalidad, la melodía y el ritmo afectan a la respuesta galvánica de la piel.<sup>23</sup>

**3.- RESPUESTAS MUSCULARES Y MOTRICES:**

**Reflejo pupilar a la luz:**

1.- Una música estimulante puede provocar el reflejo pupilar a la luz.

**Movimientos peristálticos del estómago:**

1.- Una música sedante puede provocar fuertes contracciones peristálticas en el estómago.

2.- Sesiones de musicoterapia utilizando el canto gregoriano produjeron un 60% de procesos curativos en pacientes con dispepsia y un 20% de curaciones en 34 pacientes con úlcera duodenal (TRENTI, 1980).

**Desordenes gástricos psicosomáticos:**

1.- Una música sedante puede ser de gran ayuda en patologías digestivas.

---

<sup>23</sup> (Inter-Social, 2002, págs. 19, 20) (4)

2.- Una música muy excitante puede producir espasmos gástricos e incluso, indigestión.

#### **Aumento de la actividad muscular:**

1.- La música estimulante incrementa la actividad muscular.

2.- La música sedante posee efectos relajantes en personas normales y en personas enfermas, en general.

3.- Una música sedante posee efectos relajantes en niños paralíticos cerebrales atetósicos.

4.- Una música estimulante puede tener efectos relajantes para niños paralíticos cerebrales espásticos.

5.- Una música sedante que guste a los niños autistas, les mueve a la acción física y a abandonar su aislamiento (POCH, 1971).

6.- Los pacientes esquizofrénicos aumentan su actividad física con el ritmo de tambores. (REARDON y BELL, 1971).

7.- Los ataques epilépticos pueden sobrevenir con música marcadamente rítmica o con música a alto volumen (REESE, 1959).

8.- Los movimientos mecánicos de los dedos al escuchar música de personas normales difieren de acuerdo con el tipo de emoción que la música sugiere (alegría, tristeza, nostalgia, rabia...) (CLYNES, 1978).

9.- La música de rock, hace disminuir la producción en las fábricas, mientras que la música melódica aumenta la producción (DIAMOND).

#### **Resistencia al dolor:**

1.- La música puede ser efectiva para aumentar el nivel de resistencia al dolor (JACOBSEN, 1956; MELZAK, WEISZ y PRAGUE, 1963; UNKEFER, 1952; FEIJOO y VINARD, 1978; LAVINE, 1976; GABAI, 1972).

2.- La música puede ayudar muy efectivamente en la rehabilitación del dolor (WOLFE, D.E., 1978).<sup>24</sup>

#### **4.- RESPUESTAS CEREBRALES:**

1.- Según CAMPBELL (1986): "La música posee un modo desconocido todavía de actuar para activar las neuronas que actúan en la relajación de la tensión muscular, en la variación del pulso y en la evocación de recuerdos lejanos, los cuales están directamente relacionados con el número de neuronas activadas en la experiencia. Esto puede ser medido ahora inyectando en el cerebro un líquido radioactivo cuya presencia se puede detectar cuando las neuronas cerebrales se activan por el recuerdo"

2.- Las ondas Alfa se producen frecuentemente en estado de quietud y relajación. La música puede inducir este estado y puede ser activado un tipo de ensoñación creativa.

3.- Las ondas Teta pueden observarse en estados de alta creatividad y en la audición musical.

4.- Según la teoría de SPERRY (investigaciones realizadas desde 1960 a 1970), el hemisferio cerebral derecho " es claramente superior al hemisferio cerebral izquierdo en muchos aspectos, especialmente en cuanto concierne a la capacidad para el pensamiento concreto, conciencia espacial y comprensión de relaciones complejas" (CAMPBELL, (a), 1986). El hemisferio derecho es también superior en la interpretación de impresiones auditivas, en la discriminación de voces, en la entonación y en experiencias musicales.<sup>25</sup>

#### **5.- EFECTOS PSICOLÓGICOS:**

1.- Además de lo dicho acerca de las cualidades terapéuticas del Arte, la música actúa sobre nuestro sistema nervioso central y puede producir efectos sedantes, estimulantes, deprimentes, de alegría, etc. La música puede sugerirnos cualquier tipo de sentimiento.

---

<sup>24</sup> (Inter-Social, 2002, págs. 20, 21) (4)

<sup>25</sup> (Inter-Social, 2002, págs. 21, 22) (4)

- 2.- La música puede despertar, evocar, provocar, fortalecer y desarrollar cualquier tipo de emoción.
- 3.- Puede provocar la expresión de uno mismo. - Puede ayudar a desarrollar la capacidad de atención sostenida.
- 4.- Puede iniciar a los niños a la reflexión.
- 5.- Puede estimular la imaginación.
- 6.- Puede ayudar a desarrollar la memoria.
- 7.- Puede ayudar a desarrollar la creatividad.
- 8.- Puede ayudar al niño a transformar su tipo de pensamiento pre-lógico en lógico preservando su creatividad.
- 9.- La música puede ser una fuente de placer semejante al juego debido a la constante variación de los sonidos musicales.
- 10.- Puede ayudar a desarrollar el sentido del orden y del análisis.
- 11.- El contrapunto ayuda a desarrollar la inteligencia porque fuerza a seguir diversos razonamientos a la vez, las voces o melodías de la composición musical (A. MICHEL, 1951).
- 12.- La música facilita el proceso de aprendizaje porque activa un enorme número de neuronas (CAMPBELL, 1986).<sup>26</sup>

## **6.- EFECTOS SOCIALES:**

- 1.- La música constituye un fenómeno sociológico de nuestro tiempo muy importante.
- 2.- Es un agente de socialización.
- 3.- Ayuda a provocar la expresión del grupo.
- 4.- Ayuda a provocar la cohesión del grupo.

---

<sup>26</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 23) (4)

5.- La música es el arte que mejor ayuda a provocar y expresar estados emocionales independientemente de todo individualismo.

### **7.- EFECTOS ESPIRITUALES:**

1.- La música ha sido utilizada en la liturgia de todas las religiones desde siempre porque puede sugerir sentimientos sobrenaturales y espirituales que ayudan al ser humano como medio de sobreponerse al vacío, a la soledad, al miedo, al infortunio. O le ayuda a encontrar sentido a su vida, a sugerirle realidades espirituales, a ponerse en contacto con la divinidad.

2.- La teoría de "Distancia psíquica" de E. BULLOUGT (1912), trata de explicar por qué la música puede sugerir el sentido de lo espiritual. Según esta teoría, se precisa de cierto tiempo para que sea posible expresar musicalmente, bajo forma de arte, una fuerte emoción. Según él, los sentidos visual y acústico precisan de distancia entre el estímulo y su receptor más que los demás sentidos. Ello es verdad, además, en Literatura. R. TAGORE (1942) lo expresa así: "Para dar el color justo a la poesía, el mejor pincel es la memoria. La proximidad inmediata del sujeto tiene algo imperativo que no deja la imaginación bastante libre. No sólo para la obra poética, sino también para cualquier obra de arte, el artista necesita cierta distancia para contemplar su objeto". Este distanciamiento puede referirse, también, a la cualidad catártica que posee el arte de purifica, filtrar, espiritualizar los estados emocionales que se propone expresar.<sup>27</sup>

### **TÉCNICAS TERAPÉUTICAS**

La estructura de la música es un reflejo fiel de la estructura y el orden que existe en el mundo. Edgar Willems en su obra "El valor humano de la educación musical", relaciona los elementos de la música con la vida humana estableciendo el siguiente paralelismo:

La explicación reside en la fisiología de la audición.

---

<sup>27</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 24) (4)

Sabemos que el nervio auditivo no transmite de forma directa el sonido desde el oído interno al cerebro. Los estímulos sonoros pasan antes por el bulbo raquídeo, desde donde se transmiten al diencéfalo, y pasan a la corteza cerebral finalmente.

En función de cómo estén definidos los elementos musicales, melódicos, armónicos y rítmicos, su combinación y la prevalencia de unos u otros, así serán las reacciones que provoquen a nivel fisiológico y emocional. Sin embargo, la misma audición musical no produce la misma reacción en personas con características similares debido al gusto musical, el estado anímico del momento, el ritmo biológico, las preferencias y las expectativas de cada persona. Tampoco el placer que pueda producir es homogéneo.<sup>28</sup>

Existen distintas técnicas de terapia según predomine uno u otro componente:

### 1.- RITMOTERAPIA

La audición sensorial se percibe a nivel bulbar, donde residen las reacciones físicas.

**El ritmo:** El ritmo es el elemento menos musical de la música, el más primitivo. Es una forma de energía, el factor principal de la organización de las relaciones del tiempo y regulador de las relaciones físico-intelectuales. Se le considera integrador de la personalidad, da seguridad en uno mismo, permite desarrollar el sentido estético del movimiento y la sensibilidad porque confiere simetría y equilibrio.

Ayuda a sincronizar movimientos y estimula la vida fisiológica. Los ritmos lentos disminuyen la frecuencia cardíaca, tranquilizan y adormecen, mientras que los rápidos elevan el pulso y la respiración entre otros efectos biológicos.

Por consiguiente se seleccionan audiciones eminentemente rítmicas para activar el movimiento, la coordinación y establecer un canal de comunicación no verbal.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> (Almansa, 2003, págs. 4, 5) (3)

<sup>29</sup> (Almansa, 2003, págs. 5, 6) (3)

## 2.- MELOTERAPIA

Audición cuyo mensaje es afectivo, estaría localizada en el diencéfalo, lugar de las emociones.

**La melodía:** Influye de forma directa en la vida emocional y en la sensibilidad de la persona, enriqueciendo la vida afectiva en todas sus manifestaciones anímicas. Es el componente que posee mayor riqueza de sonido musical. Desde el punto de vista psicológico, la audición musical con fines terapéuticos debe tender a los contenidos melódicos.

La melodía está fundamentada en la tonalidad. La altura tonal y la intensidad de sonido tienen gran importancia psicológica. Cualquier melodía puede perder toda su belleza si se interpreta a un volumen demasiado alto. El nivel de intensidad es individual.<sup>26</sup>

## 3.- ARMONOTERAPIA

La audición armónica es más intelectual. Requiere la participación de la corteza, es más compleja, más evolucionada. Implica mayor actividad psíquica y mental.

**La armonía:** Los estudios realizados sobre la influencia que ejercen determinados acordes sobre el estado anímico y fisiológico concluyen que los acordes consonantes parecen simbolizar conceptos como orden, equilibrio, reposo, mientras que los acordes disonantes irían asociados a inquietud, deseo, preocupación y agitación.

En música el tempo es importantísimo, ya que de él depende el efecto sedante o relajante que pueda tener. La velocidad con la que se ejecuta una partitura, influye en la reacción provocada, por su estrecha vinculación con el ISO. Si se canta una canción de cuna aceleradamente, pierde su valor sedante por mucho que su melodía continúe siéndolo. Las canciones de cuna tienen características comunes en todo el mundo. Lo más significativo es un ritmo regular y monótono que provoca una reacción relajante y adormecedora. Se ha comprobado que la entonación de esas canciones sin palabras, con el murmullo de la voz, es el mejor tratamiento para los trastornos del sueño en los niños.

Entre las condiciones que mejoran los efectos de la música destacan la importancia de tener en cuenta la cultura, las experiencias y recuerdos del individuo, el nivel de sonido más cómodo para la persona, la adecuada interpretación musical y la buena calidad del aparato o equipo de música. Por ello, es importante evaluar cada situación individual antes de aplicar la terapia musical.<sup>26</sup>

<b>RITMO</b>	<b>MELODIA</b>	<b>ARMONIA</b>
Vida fisiológica	Vida afectiva	Vida mental
<b>Acción</b>	Sensibilidad	Conocimiento
<b>RITMOTERAPIA</b>	<b>MELOTERAPIA</b>	<b>ARMONIOTERAPIA</b>
<b>Tabla 1: Técnicas terapéuticas y área de acción en la vida del ser humano.</b>		

#### **4.- TÉCNICA DE MOVIMIENTO**

Las técnicas que utilizan el movimiento con música se fundamentan en los efectos neurofisiológicos de la música y la sincronización música-movimiento que se produce en las respuestas motoras asociadas a la estimulación musical al ofrecer una señal o un estímulo continuo y ordenado (pulsación) se ayuda al movimiento automático y se desarrolla el mecanismo de anticipación del movimiento que facilita y mejora el control muscular.

Los resultados pueden ser temporales o permanecer en el tiempo con entrenamiento, e incluyen entre sus experiencias musicales terapéuticas:

- 1.- Movimiento libre y dirigido con música
- 2.- Estimulación rítmica de patrones motores y sincronización auditivo-motriz
- 3.- Percusión corporal

Las experiencias musicales terapéuticas que integran actividades de movimiento libre y/o dirigido con música resultan adecuadas para despertar las sensaciones internas de su cuerpo y a la percepción de los estímulos externos a través de los

sentidos, favorece la toma de conciencia del esquema corporal, de las relaciones con el espacio y el tiempo y las posibilidades expresivas del cuerpo. La música proporciona por su connotación de tiempo y espacio una sensación de movimiento en función de sus características relacionadas con la velocidad, el ritmo y la melodía. Trabajar los movimientos naturales permite trabajar de forma integrada los diferentes segmentos corporales. Este tipo de actividades permite trabajar las percepciones óseo-muscular, táctil, de movimiento, auditivas visuales y espaciales.<sup>30</sup>

Las técnicas que utilizan el movimiento a través de la música se basan en el supuesto de que el sonido es un estímulo facilitador del movimiento físico y hacen referencia, principalmente, a la **ejecución instrumental** para realizar funciones físicas, movimiento de dedos, manos, brazos, hombros, piernas y músculos motores orales. Los diferentes modos de acción para hacer sonar un instrumento requieren diferentes tipos de movimientos musculares, coordinaciones simples y complejas, destrezas y manejo de la lateralidad.

Las formas básicas de ejecutar los instrumentos musicales son golpear o percutir, entrechocar, sacudir, raspar, frotar y puntear.

Este tipo de experiencias permite ejercitar movimientos físicos específicos que pueden ayudar a mejorar la movilidad y amplitud del movimiento. Este tipo de experiencias favorece, principalmente:

- 1.- La coordinación óculo-manual
- 2.- La coordinación de brazos y manos a ambos lados del cuerpo
- 3.- Mejoran la extensión del movimiento del codo, el hombro o la muñeca y aumentan la fuerza muscular
- 4.- Mejoran la posición del cuerpo, la alineación corporal, la simetría corporal y el equilibrio

---

<sup>30</sup> (Inter-Social, 2002, págs. 97, 98) (4)

5.- Permiten liberar progresivamente la tensión y la ansiedad que genera la limitación física y de movimiento.<sup>31</sup>

**Según Thaut (2000b) la ejecución instrumental permite que entren en funcionamiento diferentes mecanismos que integran:**

**1.- Memoria motora:** los patrones rítmico-melódicos producidos ayudan a recordar los movimientos musculares por asociación movimiento-sonido. Este tipo específico de memoria motora permite automatizar secuencias motoras (movimientos) y/o combinaciones de movimientos utilizando brazo y mano de forma coordinada.

**2.- Feedback auditivo y movimiento intencionado:** la respuesta sonora de la mayoría de los instrumentos de percusión es inmediata por lo que se obtiene una respuesta sonora que permite comprobar si el movimiento se ha realizado de forma correcta, reforzando auditivamente la realización del movimiento correcto.

**3.- Estimulación afectiva-motivacional:** La realización de este tipo de actividades proporciona una experiencia placentera a la mayoría de los pacientes que disfrutan tocando instrumentos sobre todo si estos están adaptados a sus necesidades, situación que estimula la participación en la actividad y la autoestima.

La utilización de instrumentos musicales en musicoterapia es una práctica muy extendida que permite participar en diferentes tipos de experiencias musicales grupales a partir de la improvisación o la interpretación musical.

Las experiencias musicales terapéuticas que integran actividades de expresión vocal y canto se enfocan tanto en la estimulación del potencial expresivo emocional de la voz en el canto como en el desarrollo del lenguaje. En el proceso de comunicación verbal, la voz es el vehículo de integración de la expresión comunicativa convirtiéndose en una herramienta de integración social. Es una poderosa conexión con uno mismo al ser un medio de expresión de necesidades básicas: alimento, afecto, protección. Es un sonido producido corporalmente que

---

<sup>31</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 99) (4)

"sale de dentro hacia fuera". Además de utilizarse como recurso para el aprendizaje de vocabulario o la mejora de la articulación de las palabras, la canción puede ser utilizada como una estrategia de comunicación.<sup>32</sup>

Las experiencias musicales terapéuticas que se centran en el desarrollo de las habilidades sensoriales y de audición. Al utilizar las técnicas de movimiento con música y a través de la música se trabaja indirectamente las habilidades auditivas. El desarrollo de la facultad de escuchar.<sup>33</sup>

### **CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS TÉCNICAS TERAPEUTICAS**

- 1.- Intervenciones poco agresivas, que activan y previenen, más que curan.
- 2.- Preferentemente utilizan elementos que alteran el entorno fomentando un estado de relajación y bienestar.
- 3.- El terapeuta actúa como mediador y activador.
- 4.- El protagonista es el paciente, su propia naturaleza y energía, ya que el procedimiento intenta que la persona recupere la armonía consigo mismo y con su entorno.<sup>34</sup>

### **AREAS DE APLICACIÓN**

#### **Puestos de trabajo:**

El musicoterapeuta o en éste caso licenciado en enfermería puede desempeñarse en los siguientes lugares de trabajo:

- 1.- Hospitales, clínicas, centros de día psiquiátricos de adultos y niños.
- 2.- Hospitales generales, especialmente: Maternología, clínicas del dolor, cirugía mayor y de riesgo, enfermos terminales, etc.
- 3.- Geriatria.
- 4.- Rehabilitación física y neurológica.

---

<sup>32</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 100) (4)

<sup>33</sup> (Inter-Social, 2002, págs. 102, 103) (4)

<sup>34</sup> (Gutiérrez, Álvarez, & Alba, 2007, pág. 3) (5)

5.- Drogadicción. Centros Penitenciarios.

6.- Ginecoobstetricia: Madres gestantes. Parto. Niños recién nacidos y prematuros.

7.- Guarderías infantiles y Casas Cuna. Escuelas de Educación Especial, Aulas de Educación Especial, Aulas de Adolescentes con problemas, con infancia marginada, etc.

8.- Práctica privada. Y otros.<sup>35</sup>

### **LA MUSICOTERAPIA: UNA ALTERNATIVA SIN LIMITACIONES**

La asociación Americana de Musicoterapia define a este tipo de terapia cómo el uso de la música prescrito por una persona cualificada para producir cambios en el funcionamiento psicológico, físico, cognitivo o social de individuos con problemas de salud o educativos.

Para la National Association for Music Therapy (NAMT). Es el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental.<sup>36</sup>

La acción beneficiosa que la música ejerce abarca dos campos: El terapéutico y el preventivo:

En el ámbito personal accedemos a la música con diferentes finalidades. Puede utilizarse como un eficaz método de distracción, para aumentar la concentración mental o el bienestar, facilitar el trabajo intelectual, evitar la soledad, o bien como fuente de placer.

Desde un punto de vista terapéutico, la música está indicada para aumentar o estimular el movimiento, reducir la actividad, aliviar o distraer el dolor y disminuir los niveles de ansiedad y estrés. La música es una forma de lenguaje simbólico que por su forma y estructura permite la expresión de las emociones, facilita el equilibrio emocional, mejora la percepción y la motricidad así como la afectividad

---

<sup>35</sup> (Inter-Social, 2002, págs. 37, 38) (4)

<sup>36</sup> (Almansa, 2003, pág. 2) (3)

en los niños. Sabiendo esto la comunicación a través de la música es más profunda e inmediata que la palabra, lo cual le confiere un alto poder socializador. Permite así superar bloqueos en la comunicación a nivel social como: timidez, mutismo, temor al contacto, dificultad de expresión.<sup>37</sup>

Participar en una experiencia musical involucra una serie de procesos neurofisiológicos y psicológicos identificables y desarrolla aptitudes motoras, perceptivas y cognoscitivas que activan procesos afectivos y de socialización. La cualidad integradora de la experiencia musical y el carácter globalizador de las respuestas del individuo a la música favorecen que en una misma actividad musical se sucedan en el mismo momento diferentes procesos de percepción y ejecución que involucran experiencias:

- 1.- Sensoriales: oír, escuchar, reconocer y discriminar sonidos y/o música.
- 2.- Motrices: ejecutar instrumentos, moverse con la música.
- 3.- Emocionales: expresar estados de ánimo y/o sentimientos.
- 4.- Cognitivas: atención, concentración, memoria, análisis y síntesis.
- 5.- Sociales: participar en actividades musicales colectivas, respecto a la producción sonoro-musical de otros sujetos, etc.<sup>38</sup>

### **OBJETIVOS GENERALES DE LA MUSCOTERAPIA**

Según Wigram (2000) estos son los objetivos fundamentales del trabajo de la musicoterapia con la discapacidad intelectual:

- 1.- Estimulación física y psicológica. (Orientación conductual y psicodinámica).
- 2.- Conciencia perceptiva. (Orientación conductual)
- 3.- Expresión emocional. (Orientación psicodinámica)
- 4.- Capacidad comunicativa. (Orientación humanística)

---

<sup>37</sup> (Almansa, 2003, pág. 3) (3)

<sup>38</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 78) (4)

- 5.- Capacidad cognitiva. (Orientación Conductual)
- 6.- Comportamiento social. (Orientación conductual)
- 7.- Capacidades individuales (Orientación humanística)<sup>39</sup>

### **ORGANIZACIÓN DE LAS SESIONES DE MUSICOTERAPIA**

Como modalidad terapéutica, la musicoterapia se aplica siguiendo un plan de tratamiento, un diseño o conjunto de estrategias que describen los pasos que se deben seguir para alcanzar la consecución de unos objetivos propuestos para un paciente y/o un grupo, y que requiere tiempo, al ser una secuencia de experiencias musicales que llevan a un proceso de cambio en el paciente dentro de una relación terapéutica (Bruscia, 1998).

Durante la fase preparatoria y antes de aceptar un paciente y comenzar el tratamiento el musicoterapeuta debe:

- 1.- Recabar información sobre el diagnóstico y las orientaciones específicas para el caso a través del expediente personal o legajo y los datos que obtenga en reuniones mantenidas con otros profesionales y con la familia del paciente.
- 2.- Informarse sobre los objetivos generales que se pretenden alcanzar en ese caso particular.
- 3.- Revisar la literatura específica a fin de justificar las orientaciones generales sobre la aplicación de la musicoterapia en esa patología y el tipo de técnicas que más se adecuan al caso en concreto.
- 4.- Realizar una evaluación inicial sonoro-musical, la cual puede hacerse extensiva al grupo familiar. A partir de esta evaluación se contará con la información necesaria para comenzar a conocer la identidad sonoro-musical del paciente y algunas de sus características de personalidad y de su patología que se expresan a través del sonido y la música. En caso de no poder realizar una evaluación inicial se deben tomar las primeras sesiones de trabajo como sesiones exploratorias, en las que las actividades que se programen puedan servir para recabar datos

---

<sup>39</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 60) (4)

significativos para entender la problemática del paciente en términos sonoro-musicales y contar con la información suficiente para determinar los objetivos del trabajo y organizar las actividades más adecuadas.<sup>40</sup>

**EL PRIMER MODELO ES PROPUESTO POR LA "NAMT" EN SUS NORMAS DE APLICACIÓN CLÍNICA (STANDARDS OF CLINICAL PRACTICE) QUE DICE ASÍ: "EL MUSICOTERAPEUTA REGISTRADO (RMT), SIGUE UNOS PROCEDIMIENTOS GENERALES QUE INCLUYEN:**

- 1.- Recibir al paciente (por parte de un profesional de la Medicina o un psicólogo clínico). Aceptación del paciente.
- 2.- Evaluación clínica: Es el proceso que determina el nivel de funcionamiento del paciente en el momento de empezar el tratamiento.
- 3.- Planificación del tratamiento y trazado de objetivos.
- 4.- Ejecución del tratamiento.
- 5.- Documentación.
- 6.- Finalización del tratamiento.<sup>41</sup>

**EL SEGUNDO MODELO ES PROPUESTO POR SABBATELLA, EL CUÁL ENLISTA LAS FASES DE TRABAJO EN LA TERAPIA MUSICAL:**

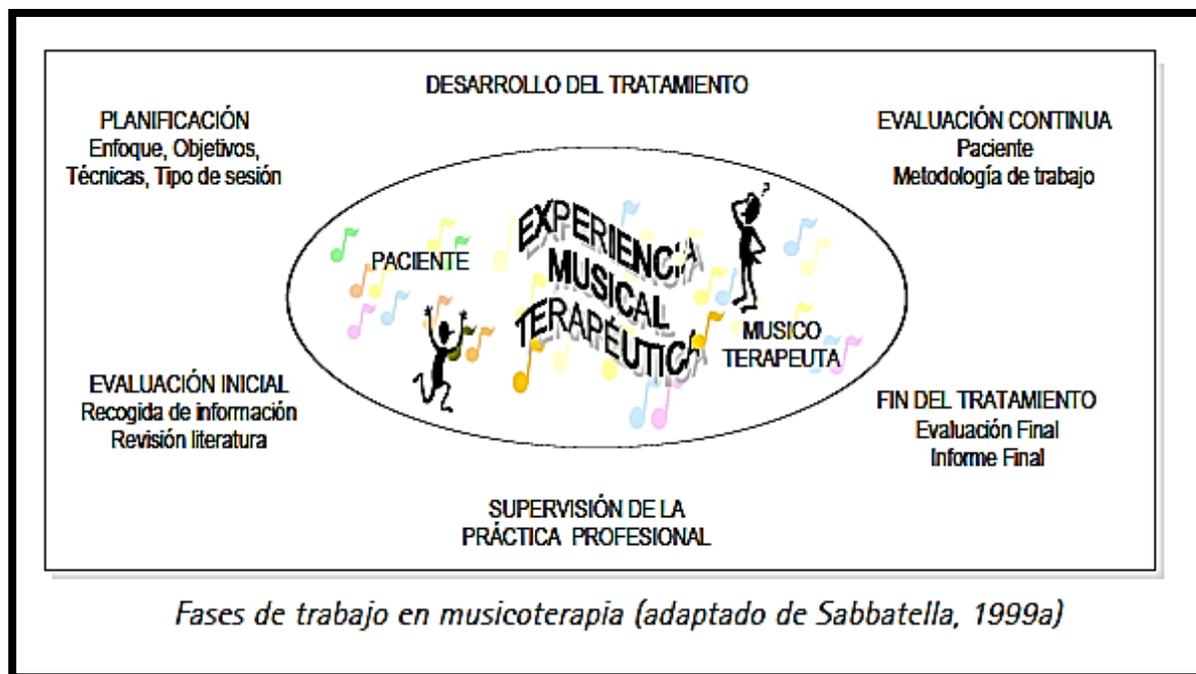
- 1.- Evaluación inicial (recogida de información y revisión de literatura).
- 2.- Planificación (enfoque, objetivos, técnicas y tipo de sesión).
- 3.- Desarrollo del tratamiento.
- 4.- Evaluación continua (del paciente y aplicación de la metodología de trabajo).
- 5.- Fin del tratamiento (Evaluación final e informe final).
- 6.- Supervisión de la práctica profesional.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 92) (4)

<sup>41</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 37) (4)

<sup>42</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 79) (4)



## MUSICOTERAPIA Y ENFERMERÍA

Desde la disciplina de enfermería, se puede encontrar la musicoterapia clasificada como intervención de Enfermería en la taxonomía “Nursing Interventions Classification” (NIC), desde su primera edición publicada en 1992, en la que se describe cómo. “Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o a nivel fisiológico”.

Entre las condiciones que mejoran los efectos de la música destacan la importancia de tener en cuenta la cultura, las experiencias y recuerdos del individuo, el nivel de sonido más cómodo para la persona, la adecuada interpretación musical y la buena calidad del aparato o equipo de música, por ello es importante evaluar cada situación individual antes de aplicar la terapia musical.<sup>43</sup>

Contrariamente, **la música en sí misma no es terapéutica**. Los que hacen que la música pueda tener un potencial terapéutico son los musicoterapeutas, o en éste

<sup>43</sup> (Puig & Lluch, 2012, pág. 59) (2)

caso los licenciados en enfermería con la aplicación profesional y sistemática de las diversas posibilidades y experiencias que la música ofrece:

El musicoterapeuta es un especialista que "entiende", "piensa" y "habla" en música. Es decir conoce profundamente la estructura del material con el que trabaja, adecuándolo a las características patológicas de los pacientes a quienes está dirigida su tarea (Ferragina, 1981).

Para que una actividad musical (improvisación instrumental o vocal, audición, composición de canciones, dramatización sonoro-musical, relajación, etc.), se encuadre dentro de la metodología de trabajo de la musicoterapia y adquiera el rango de experiencia musical terapéutica (EMT) se establecen una serie de pasos metodológicos dentro de un encuadre o contexto de trabajo musicoterapéutico, el cual contempla la "actitud terapéutica" del musicoterapeuta en su trabajo en el encuentro entre la "música del paciente", la "música del musicoterapeuta" y la "música de ambos" en una "experiencia musical compartida".

En musicoterapia se utiliza la música para trabajar **objetivos no-musicales** a través de la participación del paciente en experiencias musicales terapéuticas dentro de un plan de trabajo sistemático y organizado que implica la utilización de métodos y técnicas específicos de trabajo y evaluación.<sup>44</sup>

En función a los principios teóricos que rigen la práctica clínica la música se utiliza con objetivos diferentes en cada caso a fin de conseguir los objetivos terapéuticos establecidos. Siguiendo a Even Ruud (1993) la música cumple cuatro funciones principales en la musicoterapia contemporánea:

1.- se utiliza como un estímulo que puede mejora el desarrollo motor y/o cognitivo (enfoque comportamental y la teoría del aprendizaje).

2.- favorece la expresión de sentimientos; es un lenguaje no verbal frecuentemente considerado como una especie de lenguaje emocional, capaz de conectar con ideas profundas y reprimidas (enfoque psicoanalítico y psicodinámico).

---

<sup>44</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 78) (4)

3.- estimula el pensamiento y la reflexión sobre la situación de la vida de una persona; puede ayudar a la autorealización personal (enfoque humanista-existencial).

4.- es un medio y una forma de comunicación, estimula habilidades socio comunicativas y la interacción (enfoque comunicacional).<sup>45</sup>

El siguiente es un cuadro comparativo para comprender la aplicación de la música en la terapia musical.

<b>MÚSICA EN MUSICOTERAPIA</b>	
<b>MÚSICA COMO TERAPIA</b>	<b>MÚSICA EN TERAPIA</b>
<b>La música sirve como estímulo primario o el medio para el cambio terapéutico en el paciente.</b>	La música no es el estímulo primario o el único recurso utilizado para facilitar el cambio terapéutico.
<b>El énfasis se centra en la relación del paciente con la música y es la que lleva al contacto terapéutico encauzando sus necesidades directamente con y a través de ella.</b>	La música es una guía, un facilitador o un puente entre el terapeuta y el paciente para conducir la terapia, o para llevar al paciente a un contacto terapéutico consigo mismo.
<b>La música se utiliza como un marco para que el paciente identifique, explore, y/o aprenda las opciones terapéuticas adecuadas. Se utiliza para influir directamente a nivel corporal, sensitivo, afectivo, cognitivo o conductual.</b>	La música ofrece su ayuda al proceso y a la relación terapéutica. Se utiliza sola o en combinación con otra modalidad de tratamiento o artística (pintura, danza, teatro).
<b>La relación con la música que se desarrollan entre el musicoterapeuta y el paciente sirven para estimular y dar soporte intramusical e interpersonal al</b>	Las relaciones que se desarrollan entre el paciente y la música sirven para estimular y dar apoyo a las relaciones interpersonales.

<sup>45</sup> (Inter-Social, 2002, págs. 79, 80) (4)

<b>desarrollo de la terapia.</b>	
<b>El terapeuta tiene un rol activo y participa en la experiencia musical.</b>	El rol del terapeuta puede variar y no ser musicalmente activo.
<b>El terapeuta se convierte en una guía, facilitador o puente que conduce al paciente a un contacto terapéutico con la música.</b>	La música es una guía, un facilitador o un puente entre el terapeuta y el paciente para conducir la terapia.
<b>La música se utiliza como terapia cuando el paciente es inaccesible por medio de la intervención verbal; necesita el contexto o el pretexto de la música para interactuar, comunicarse o relacionarse con otra persona; puede alcanzar los objetivos de la terapia directamente por medio de la música con o sin apoyo de terapia verbal.</b>	La música se utiliza en terapia cuando el paciente no es accesible con la intervención musical; necesita verbalizar sus percepciones y puede hacerlo; necesita resolver problemas de comunicación por medios verbales y musicales; puede alcanzar los objetivos terapéuticos más directamente con otros medios o trabajando verbalmente, además de con la música.
<b>Tabla 2: Utilización de la música en musicoterapia (adaptado de Bruscia, 1987, 1998).</b>	

### **CARACTERÍSTICAS MUSICALES “PARAMETROS DE APLICACIÓN”**

Los resultados de varios estos estudios ponen de manifiesto la existencia de una serie de características musicales generales que determinan que los diferentes estímulos musicales provoquen un tipo de respuesta u otro (relajación-excitación). Las características generales de los estímulos sonoromusicales potencialmente relajantes o excitantes.<sup>46</sup>

Seguendo a Gastón (1968), **la música estimulante o excitante** es aquella que aumenta la energía física, induce a la actividad muscular, estimula los músculos estriados, las emociones y la reacción subcortical en el hombre. Está basada

<sup>46</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 83) (4)

sobre determinados elementos como ritmos fuertes, volúmenes, cacofonía y sonidos separados. **La música sedante o relajante** es comúnmente de tipo melódico, continuo, sin elementos de percusión y ritmos fuertes. El resultado es el sosiego y produce respuestas de naturaleza intelectual y contemplativa antes que física.

La literatura reconoce que, aunque existen características comunes, **las respuestas a la música son individuales**; las condiciones socio-culturales y la historia personal modifican la percepción y respuestas a la música: ante un mismo estímulo musical dos sujetos pueden responder de forma diferente, al intervenir factores relacionados con la formación musical, los gustos y preferencias musicales, la predisposición del individuo a recibir el estímulo sonoro, la situación si espera el estímulo o no, la presencia o no de una patología (neurológica, psiquiátrica).

La investigación en esta área es un campo amplio, complejo y relativamente nuevo que, como área de estudio interdisciplinario, ha despertado el interés de diferentes colectivos profesionales en los últimos años.<sup>47</sup>

### **CARACTERÍSTICAS DE LA “MUSICA RELAJANTE”**

Se mantienen de forma estable o con muy poca variación los:

**1.- Elementos dinámicos:** volumen, intensidad, crescendos y disminuendos graduales, acentos esporádicos o poco marcados

**2.- Elementos agógicos:** tempo estable, cambios graduales de tempo o ritmo, carácter tranquilo. “Tempo” moderato y velocidad tranquilizadora (entre 72-90 pulsaciones por minuto). El estímulo se acompasa con el latido cardíaco, respuesta fisiológica (se estimula pero se tranquiliza a la vez). Las estructuras métricas ternarias suele ser más relajante al acompasarse con el movimiento respiratorio (es ternario).

---

<sup>47</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 83) (4)

**3.- Elementos formales:** forma y estructura definida, repetición del material musical (motivos, frases) con líneas melódicas, armonías y cadencias predecibles, estabilidad armónica y melódica con cambios graduales.

Melodías con intervalos de 3ras; 5tas; 8vas; 6tas; cadencias perfectas, esquemas armónicos I-V resolución cadencial clara que crea equilibrio. Textura musical con timbre e instrumentación agradables y con pautas que dan sensación de continuidad musical creando seguridad y de poder prever o anticipar el estímulo sonoro que continua.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA “MUSICA EXCITANTE”**

Se observan cambios impredecibles o rápidos en:

**1.- Elementos dinámicos:** volumen, intensidad, contraste de crescendos y diminuendos, acentos inesperados.

**2.- Elementos agógicos:** cambios de tempo, tempo rápido y marcado, acelerandos, ritardandos, tempo rubatto o inestable, cortes o silencios inesperados, carácter enérgico. Tempo rápido (a partir de 120 pulsaciones por minuto). Estímulos con mucha variación rítmica provocan aumento de la frecuencia cardíaca.

Las estructuras métricas binarias tienden al movimiento y el balanceo, la marcha.

**3.- Elementos formales:** falta de estructura o forma musical definida, variaciones significativas en la textura de la música, timbres e instrumentación áspera, desagradable, disonante. Cambios armónicos marcados, disonancias inesperadas, cadencias impredecibles, variaciones de altura discontinuas y muy marcadas, que generan tensión e inseguridad. Melodía con saltos y variaciones interválicas excesivas, sin conexión. Textura musical con timbre e instrumentación desagradable, áspera. Frecuencias muy agudas o graves que saturan la percepción, estimulan diferentes órganos y partes del cuerpo.<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 82) (4)

## **DURACIÓN DE LA TERAPIA**

En términos generales, la duración de las sesiones de musicoterapia individual o grupal se estipula entre 30-45 minutos como promedio, aunque siempre deben respetarse las características y necesidades del paciente o grupo a quien va dirigido. La duración del tratamiento depende de la gravedad del problema a tratar y del enfoque terapéutico utilizado.<sup>49</sup>

Durante la fase de tratamiento resulta adecuado realizar supervisión de la práctica profesional. Esta debe realizarse con el equipo de trabajo que colabora en la atención del paciente y desde el aspecto musicoterapéutico específico con un musicoterapeuta cualificado.<sup>50</sup>

Los ejercicios de audición de obras musicales deben tener un objetivo muy claro y las obras elegidas deben durar aproximadamente 3/4 minutos para que no recaiga el tiempo de atención. Pueden ser utilizadas para inducir estados de relajación, inventar historias, acompañarla utilizando instrumentos de percusión o percusión corporal, realizar dibujos inspirados en la música, o en los casos que se pueda seguir la estructura de la obra musical a través de musicogramas.<sup>51</sup>

## **INTENSIDAD DE SONIDO**

Depende del espacio que recorra una vibración. Si se pulsa muy fuerte, las vibraciones llegarán más lejos que si pulsamos suavemente.

Desde el punto de vista psicológico, la intensidad de sonido tiene una gran importancia. FARNSWORTH dice atinadamente que aquellas melodías de mala calidad tocadas a bajo volumen parecen menos malas. Cualquier melodía, por maravillosa que sea, pierde toda su belleza si se interpreta a alto volumen, convirtiéndose casi para quien lo escucha en ruido.

---

<sup>49</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 93) (4)

<sup>50</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 94) (4)

<sup>51</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 103) (4)

La intensidad del sonido se mide en decibelios (db). FARSWORTH recoge las medidas en intensidad de sonido que Leopoldo STOKOWSKY aplicaba en la dirección de sus conciertos:

ppp (pianísimo) . . . . .20 decibelios

pp (muy alto) . . . . .40 “

p (piano). . . . .55 “

mf (mezzo forte) . . . . .65 “

f (forte) . . . . .75 “

ff (muy forte) . . . . .85 “

fff (fortísimo) . . . . .95 “

Cada oyente debe escuchar la música al nivel de intensidad que le resulte cómodo, ya que es algo absolutamente personal.<sup>52</sup>

### **ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA**

Siguiendo la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, las principales actividades que se derivan de la intervención Terapia Musical son las siguientes:

- 1.- Determinar el cambio de conducta específico y /o fisiológico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).
- 2.- Determinar el interés del paciente por la música.
- 3.- Identificar las preferencias musicales del paciente.
- 4.- Elegir selecciones de particularmente representativas de las preferencias del paciente, teniendo en cuenta el cambio de conducta deseado.
- 5.- Proporcionar disponibilidad de cintas/discos compactos de música y equipo al paciente.

---

<sup>52</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 167) (4)

6.- Asegurarse de que las cintas/discos compactos de música y el equipo se encuentran en buen estado de funcionamiento.

7.- Proporcionar auriculares, si es conveniente.

8.- Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto.

9.- Evitar dejar la música durante largos periodos

(Es contraproducente escuchar música continuamente, porque además de fatigar, embota la sensibilidad musical).

10.- Facilitar la participación activa del paciente (tocar un instrumento o cantar) si lo desea y es factible dentro de la situación

11.- Evitar música estimulante después de una lesión aguda en la cabeza.<sup>53</sup>

La intervención de musicoterapia se emplea tanto en prevención como en tratamiento de personas que presentan alguna patología, sin embargo no se han encontrado **estudios que lo utilicen en población sana.**

Pensamos, no obstante que en la población sana la musicoterapia tiene un efecto preventivo de estrés y ansiedad, porque permite a las personas tener un momento del día para ellos mismos, fomentando de este modo su autocuidado. En la mayoría de estudios se ha utilizado principalmente para la relajación, sin embargo se aplican para la actividad preventiva como de tratamiento. En el ámbito de la cirugía se destina sobre todo para reducir la ansiedad en la fase preoperatoria de intervenciones quirúrgicas, tal como las intervenciones urinarias y las intervenciones cardiovasculares así como para disminuir el tiempo de intubación y mejorar la recuperación en el postoperatorio.

Cómo tratamiento se utiliza principalmente para reducir el dolor músculo-esquelético y el crónico como el de la artrosis y la artritis. En el ámbito de la salud mental se emplea para mejorar la capacidad cognitiva, disminuir la agitación en pacientes con demencia, mejorar el estado anímico y la autoestima en pacientes con depresión y mejorar la calidad del sueño. Tampoco se han encontrado

---

<sup>53</sup> (Almansa, 2003, págs. 6, 7) (3)

estudios que relacionen las características sociodemográficas de la población con variables de la eficacia de la musicoterapia, cómo la finalidad, la percepción de la utilidad y la intención de continuidad.

El tipo de música que se usa con cierto grupo de personas es seleccionado de acuerdo a la preferencia, edad del sujeto, al que se aplica la intervención de forma que no debe recomendarse un tipo de música concreta y generalista, puesto que para cada persona, según la edad y el momento social y cultural que le ha tocado vivir, tendrá significado un tipo de música determinada.<sup>54</sup>

### **ADAPTACIÓN DE RECURSOS Y MATERIALES PARA LA APLICACIÓN**

Los recursos y materiales utilizados para trabajar en Musicoterapia abarcan una amplia gama de posibilidades. Los medios expresivos básicos son la voz, los instrumentos musicales y el propio cuerpo, a los cuales se han ido añadiendo materiales desarrollados con fines específicos.

Bruscia (1987) expone que entre las modalidades expresivas utilizadas en musicoterapia se combinan, entre otras: música, movimiento, danza, dramatización, verbalización, poesía, creación literaria, artes plásticas. Esta situación favorece la utilización de otros recursos y materiales complementarios a los específicamente musicales. Por ello, muchas veces en las sesiones de musicoterapia se utilizan recursos y materiales sonoros y musicales variados en estilo y procedencia para poder llevar a cabo los objetivos de la terapia. En el trabajo con los pacientes resulta imprescindible contar con un equipo de música de buena calidad y unos buenos altavoces dispuestos de forma adecuada en la sala para que las experiencias de audición, estimulación sensorial, discriminación auditiva y relajación cumplan su objetivo. Resulta imprescindible cuidar las condiciones acústicas de la sala donde se trabaje dado que se trabaja con el efecto que produce la música y esta se dirige, principalmente al sentido auditivo pero las vibraciones también afectan al sentido cenestésico y táctil.

---

<sup>54</sup> (Puig & Lluch, 2012, pág. 61) (2)

Los instrumentos musicales que se utilicen deben tener buena calidad tímbrica, no deben ser de plástico ni de juguete dado que estos no reúnen las condiciones acústicas idóneas. Este tipo de instrumentos resultan útiles para realizar estimulación oral porque se pueden chupar, pero no para hacer estimulación musical ya que lo principal en este caso es la calidad del sonido que producen a fin de desarrollar la capacidad de escuchar, la atención y concentración al sonido y la música.

Principalmente en el trabajo con niños, - aunque es recomendable en todas las edades, resulta adecuado contar con un repertorio de canciones que permitan trabajar diferentes tipos de objetivos y se adecuen a los diferentes momentos de la sesión y técnicas empleadas.

Las canciones deben incluir diferentes estilos y pueden ser del acervo folklórico y popular, canciones infantiles, **que permitan conseguir objetivos concretos, de presentación, de saludo, etc., compuestas por el propio musicoterapeuta, el paciente o ambos.** En su elección deben intervenir factores relacionados con el análisis de los elementos constitutivos de la misma a fin establecer su adecuación o no al estadio del desarrollo musical del sujeto o grupo a quien se dirige, entre los que se encuentran:

1.- aspectos rítmicos-melódicos y armónicos: pulsación, tempo y velocidad; tesitura, ámbito, contorno y movimiento melódico, motivos, frases y cadencias; esquema armónico, tonalidad de la canción, etc., y

2.- aspectos formales: forma y estructura musical, repetición o no del material musical (motivos, frases); contenido y dificultad de la letra, etc.

El material discográfico debe incluir un repertorio de obras musicales variado y adaptado a las necesidades de estos sujetos por lo que en su elección deben tomarse en cuenta las consideraciones dadas en el apartado correspondiente a la música y los sujetos con los diagnósticos ya propuestos. Existen en el mercado colecciones especializadas a tal efecto, pero deben ser cuidadosamente seleccionadas. En la elección también deben tomarse en consideración los gustos

y preferencias del paciente por lo que resulta conveniente contar con puntos de referencia en la evaluación inicial que permitan valorar los aspectos relacionados con su identidad sonoro-musical.<sup>55</sup>

<b>MATERIALES Y RECURSOS UTILIZADOS EN MUSICOTERAPIA</b>
<b>Instrumentos naturales: el cuerpo como objeto sonoro: percusión corporalvoz</b>
<b>Instrumentos convencionales: piano, guitarra, flauta de pico, etc.</b>
<b>Instrumentos de percusión: altura determinada - indeterminada</b>
<b>Instrumentos folklóricos y autóctonos</b>
<b>Instrumentos de construcción artesanal</b>
<b>Instrumentos contruidos por los pacientes</b>
<b>Instrumentos contruidos con fines terapéuticos: material específico de musicoterapia; instrumentos adaptados</b>
<b>Materiales y objetos sonoros para discriminación auditiva: silbatos, reclamos, pájaros de agua, trompetillas, matracas, etc.</b>
<b>Instrumentos midi y material informático musical</b>
<b>Material discográfico: de diferentes estilos, clásica, para relajación, efectos de sonido; música compuesta por el musicoterapeuta o por el paciente, etc.</b>
<b>Material de psicomotricidad</b>
<b>Cuadro 3: Recursos y materiales utilizados en musicoterapia (Sabbatella, 2002)</b>

### **ESPACIO FÍSICO DE APLICACIÓN**

Resulta adecuado hacer algunas indicaciones acerca de la necesidad de contar con un espacio físico para trabajar y las características que este debe ser, entre las que se encuentran:

- 1.- Tamaño amplio, adecuado y acondicionado al número de participantes, previendo la necesidad de utilización de sillas de ruedas, andadores, etc.
- 2.- Diáfano y ventilado a ser posible con un espejo y sin demasiados elementos decorativos excesivos que favorezcan la dispersión.

<sup>55</sup> (Inter-Social, 2002, págs. 104, 105) (4)

3.- Con suelo de madera o con colchonetas o tatami que permitan trabajar acostados, sentados, descalzo o con calcetines y sentir la vibración del sonido a través del contacto corporal.

4.- Con las condiciones acústicas adecuadas evitando las salas con eco o reverberación resultando conveniente la insonorización del espacio, o poner los medios oportunos para absorber el sonido y trabajar sin ser molestado ni molestar al exterior.

5.- Preferentemente sin muebles, sólo con armarios o cajas junto a las paredes para guardar el equipo de música, el material y los instrumentos de percusión. En otro caso los instrumentos deben colocarse dispuestos de forma que no molesten en el transcurso de la sesión.

6.- en caso de utilizar instrumentos adaptados, se debe prever además la presencia de otro espacio en la misma sala o en otra conjunta con una colchoneta que permita utilizar otro tipo de técnicas.<sup>56</sup>

### **BENEFICIOS TERAPEUTICOS EN LA APLICACIÓN**

<b>BENEFICIOS DE LA UTILIZACIÓN DE LA MÚSICA</b>	
<b>SENSORIOMOTRIZ</b>	<p><b>Destrezas Motoras:</b> mejora el nivel de tensión y favorece la relajación, ayuda al control motor, mejora la coordinación motora y del temblor. Mejora la manipulación y la movilización general de los miembros superiores favoreciendo la estructuración y organización temporo-espacial.</p> <p><b>Esquema Corporal:</b> favorece su reconocimiento, el control postural y el equilibrio, la sincronización y la coordinación general y segmentaria. Se estimula el dominio del cuerpo en el espacio, la marcha, el control de los objetos, la expresividad corporal y facial y la habilidad óculo-manual, motrizinstrumental, rítmico-corporal. Mejora la respiración, la fonación y el control vocal.</p>

<sup>56</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 106) (4)

<p><b>PSICOEMOCIONAL</b></p>	<p>Favorece la expresión de emociones a través del sonido y la música.</p> <p>Favorece la estabilidad emocional y estimula el reconocimiento de la respuesta emocional a las intervenciones musicales propias, de los pares y del musicoterapeuta.</p> <p>Permite la transferencia de comportamientos o rasgos patológicos a la producción musical (comportamientos repetitivos, sonidos específicos, reacciones sonoras incontroladas, etc.).</p>
<p><b>COGNITIVA</b></p>	<p>Favorece el desarrollo de la atención y la concentración hacia el sonido, la música y el lenguaje, la discriminación auditiva, estimulando la memoria inmediata y a largo plazo.</p> <p>Mejora la inteligibilidad del habla y favorece el desarrollo del lenguaje y la adquisición de vocabulario.</p>
<p><b>COMUNICACIÓN SOCIAL</b></p>	<p>Mejora la capacidad e intención de comunicación e interacción entre pares, otorgando la oportunidad de asumir diferentes roles en la actividad musical (líder, cooperador).</p> <p>Estimula el desarrollo de habilidades sociales (compartir, esperar turnos, respetar).</p> <p>Aporta un sentimiento de pertenencia a un grupo y estimula las relaciones interspersonales favoreciendo el desarrollo de la autoestima.</p>

**Cuadro 4: Efectos y beneficios de la utilización de la música en sujetos con parálisis cerebral**

## EVALUACIÓN DEL PACIENTE

En función de las características musicales específicas, las respuestas del individuo a la música que se analizan son, principalmente, las:

**1.- Respuestas fisiológicas:** frecuencia del latido cardíaco, frecuencia respiratoria, respuestas galvánicas de la piel, sudoración, tensión muscular, secreción hormonal, secreción gástrica, etc.

**2.- Respuestas neurológicas:** excitación de las diferentes áreas de la corteza cerebral, del sistema límbico, cerebelo, sistema nervioso autónomo, etc.

**3.- Respuestas psico-emocionales:** atención, motivación, memoria, participación en actividades, grado de comunicación, etc.<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> (Inter-Social, 2002, pág. 82) (4)

## CAPITULO 2

### PROCESO DE ENFERMERÍA:

#### VALORACIÓN:

#### CAPTURA DE POBLACIÓN MUESTRA Y ELECCIÓN DEL LUGAR

El proceso de Enfermería fue aplicado a 3 tipos de población diferente:

**POBLACIÓN 1:** Ésta población estuvo conformada por 10 individuos cuyo rango de edad es de 20 a 77 años. Los criterios de inclusión eran los siguientes; que fueran 10 individuos de sexo indistinto de edad de 20 a 80 años, que fueran miembros recurrentes de la Iglesia y quisieran colaborar en las sesiones de terapia musical.

**POBLACIÓN 2:** Ésta población estuvo conformada por 10 individuos cuyo rango de edad es de 14 a 32 años. Los criterios de inclusión eran los siguientes; que fueran 10 individuos de sexo indistinto de edad de 12 a 35 años, que fueran miembros recurrentes de la Iglesia y quisieran colaborar en las sesiones de terapia musical.

**POBLACIÓN 3:** Ésta población estuvo compuesta por 10 individuos cuyo rango de edad es de 4 a 10 años. Los criterios de inclusión eran los siguientes; que fueran 10 individuos de sexo indistinto de edad de 4 a 10 años, que fueran miembros recurrentes de la Iglesia y tuvieran el permiso y la supervisión de sus padres para colaborar en las sesiones de terapia musical.

La dinámica de la aplicación del proceso fue laboriosa y la selección de los participantes fue muy cuidadosa, sin embargo muy efectiva, el primer paso que se llevó a cabo fue identificar un lugar en donde se llevaran a la práctica actividades de tipo religiosa, que contara con un número considerable de usuarios que asistieran con frecuencia a éste lugar a dichas actividades. De ésta manera se seleccionó a la **Iglesia Cristiana Evangélica Pentecostés “Cristo la Peña de Horeb”**, cuya ubicación está en Calle Sur 92 Mz. 8 Lt. 20. Colonia San Agustín 3a Sección B Estado de México.

El lugar seleccionado reunía las características deseadas, con una ubicación y horarios accesibles; Los días de actividades (culto) en éste lugar son

-Miércoles con un horario de 6 pm a 9:00 pm.

-Viernes con un horario de 7:00 pm a 8:00 pm.

-Sábado con un horario de 5:00 pm a 8:00 pm.

-Domingo con un horario de 9:00 am a 4:00 pm.

### **EQUIPO DE TRABAJO**

El lugar y la coordinación de sus actividades están a cargo por el líder religioso: **Pastor Jesús Valle Nolasco y su esposa la Pastora Laura Bravo León**, a quienes se les expuso el proyecto de **“Cuidado alternativo en enfermería: musicoterapia”** el día 10 de Febrero del 2019 en donde se le propone realizar una colaboración entre su Iglesia y grupo musical “Jezreel” cuyos integrantes son:

- **David Evangelista Jiménez:** Líder del grupo musical, bajo y voz principal.
- **Ángel Pedro viveros Rivera:** Coordinador general del grupo y tecladista suplente.
- **Rebeca González Alonso:** Coro principal.
- **Alexis Isaac Valle Bravo:** Baterista principal y percusión.
- **Jesús Ángel Valle Bravo:** Segunda Guitarra eléctrica y Staff de cabina, audio y pantalla de proyección.
- **Dina Vanessa Valle Bravo:** Coro secundario y tecladista suplente.
- **Carlos Alexis Quintana Sánchez:** Tecladista suplente.
- **Daniel Navarro Quintana:** Voz secundaria, coro principal, batería suplente y guitarra suplente.
- **Pedro David Diaz Yams:** Tecladista principal y baterista suplente.
- **Diana Alcántara Trejo:** Coro secundario.
- **Omar Sierra Mayoral:** Guitarra eléctrica principal y coro secundario.
- **Isaac Hernández Trejo:** Staff de cabina, audio y proyección.
- **Jazmín Martínez Olivares:** Coro secundario.

La coordinación de todo el equipo y demás recursos se llevaron a cabo a partir del 12 de Mayo con el propósito de utilizar la musicoterapia y observar los efectos que causa en la población ya antes descrita. De ésta manera que se empleó el mes de abril con las fechas de culto correspondientes, para aplicar las intervenciones de enfermería seleccionadas.

## **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN**

### **EMPLEADOS**

1.- El día domingo 7 de Abril del 2019 se aplicó el cuestionario de la **“Escala de Beck”** para evaluar el nivel de Desesperanza en la población número 1 cuyo rango de edad es de 20 a 77 años.

2.- De igual manera el día domingo 7 de Abril del 2019 se aplicó el cuestionario de **“Evaluación del sistema familiar (CESF)”**, el cuestionario de **“Afrontamiento familiar (CAF)”** y el cuestionario de **“Satisfacción familiar (CSF)”** para evaluar la existencia de procesos familiares disfuncionales en la población número 2 cuyo rango de edad es de 14 a 35 años.

3.- En el último grupo de individuos, el día domingo 7 de Abril del 2019 para evaluar la existencia de un déficit de actividades recreativas se decidió realizar un test de inteligencia emocional llamado **“Termómetro de las emociones”**, además de un cuestionario dirigido a los docentes llamado **“Juegos para el desarrollo psicomotor en niños y niñas”**, y el uso de la **“Escala de estimación para conocer las características motrices”**. Ésta población estuvo compuesta por 10 individuos cuyo rango de edad es de 4 a 10 años de edad.

### **PREPARACION DE LA SESIÓN INDIVIDUALIZADA**

Al identificar, las alteraciones, se preparó un guion para poder abordar la situación desde una dinámica cooperativa entre el grupo musical y los usuarios, abriendo un canal de comunicación bilateral efectivo, además se preparó un repertorio de canciones, cuya función era abordar desde el punto de vista espiritual y emocional las afecciones que se identificaron en cada una de las poblaciones descritas.

Para cada sesión se utilizó un repertorio de canciones diferente, se monitorizó el ruido con un sonómetro (decibeles) durante las sesiones y el tiempo empleado con un cronometro, además se realizó un guion específico para dar seguimiento y así lograr el efecto deseado en los usuarios de acuerdo al resultado de las pruebas diagnósticas realizadas previamente.

Cabe mencionar que la preparación del equipo musical, fue responsabilidad de los miembros del grupo “Jezreel” quienes fueron coordinados por el egresado de la licenciatura en enfermería Alexis Isaac Valle Bravo.

La evidencia audiovisual y fotográfica estuvo a cargo de la Pastora Laura Bravo León, quien demostró un gran interés por el proyecto y colaboró de manera efectiva grabando cada una de las sesiones.

### **LISTADO DE LAS NECESIDADES ALTERADAS EN LA POBLACIÓN DIANA Y SU DESCRIPCIÓN (SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON).**

Se extrajeron las últimas 5 necesidades del Modelo original de Virginia Henderson que consta de 14 en total, para evaluar el estado emocional y espiritual de los participantes.

#### **9.- EVITAR LOS PELIGROS EN EL ENTORNO Y EVITAR PONER EN PELIGRO A OTROS:**

Es importante que se conozca y evalúe muy bien si el paciente puede dejarse solo por mucho tiempo, con la suficiente confianza de que no vaya a lastimarse al moverse o al intentar realizar actividades, ni tampoco comprometer la seguridad de los demás.

La seguridad se puede definir como permanecer libre de lesiones psicológicas fisiológicas y sociológicas, evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano, debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física psicológica y social. El medio ambiente contiene muchos peligros tanto visibles como no visibles. La necesidad de un ambiente seguro es

un interés nacional, comunitario e individual. El ser humano al verse amenazado utilizará mecanismos de defensa para mantener su integridad. Se habla de seguridad física, psicológica y social.<sup>58</sup>

**POBLACIÓN DIANA:** El primer paso es la identificación precoz de factores de riesgo de la propia persona. Es importante recordar a la persona adulta la necesidad de visitar regularmente a su médico de atención primaria o especialista para hacer una revisión de órganos de los sentidos (vista y oído) y de la medicación (en caso de tener una patología) porque un consumo irresponsable de medicamentos puede conducir a una situación de riesgo. Otro elemento importante es la corrección de los factores de riesgo del entorno, es decir, modificaciones ambientales que recomendamos en el domicilio para prevenir caídas y accidentes.<sup>59</sup>

## **10- COMUNICAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES Y OPINIONES**

La enfermera debe ser capaz de promover y motivar la comunicación sana y adecuada del paciente, para ayudar a su equilibrio emocional. Es importante que la persona se mantenga en interacción social con los demás para garantizar también la salud mental.

La expresión emocional también es una parte importante de la inteligencia emocional, que engloba diferentes aspectos de los anteriormente comentados. Por ejemplo, ser conscientes de nuestras emociones es necesario para que la expresión emocional sea eficiente.<sup>60</sup>

**POBLACIÓN DIANA:** Ahora bien, debemos aprender a expresarnos teniendo en cuenta a las otras personas, y para ello es clave la empatía. Por suerte, la inteligencia emocional puede aprenderse. Ser emocionalmente inteligente aporta muchas ventajas a la hora de hacer frente a las diferentes situaciones del día a día.

---

<sup>58</sup> (www.ULPGC.es, 2015, pág. 2) (13)

<sup>59</sup> (Ruiz, 2017) (14)

<sup>60</sup> (www.ULPGC.es, 2015) (15)

**Beneficios especiales de la comunicación de emociones, necesidades, temores y opiniones:**

- 1.- Liberación.
- 2.- Mayor bienestar emocional.
- 3.- Fomento del respeto a uno mismo.
- 4.- Inspiración de confianza y credibilidad.
- 5.- Empoderamiento frente a la vida.
- 6.- Camino hacia la paz interior.
- 7.- Mejora las relaciones interpersonales.<sup>61</sup>

**11- ACTUAR O REACCIONAR DE ACUERDO CON LAS PROPIAS CREENCIAS**

Es la necesidad de rendir culto de acuerdo con la propia fe y valores de la persona. Las personas adoptamos actitudes o realizamos actos y gestos de acuerdo al ideal de justicia, del bien y del mal o para seguir una ideología.

**POBLACIÓN DIANA:** Se debe respetar los valores y creencias particulares del paciente. Con base en estas, el paciente toma sus decisiones y ejerce ciertas acciones o pensamientos. La cultura y religión forman parte de la identidad de la persona. Este factor casi siempre influye en la actitud frente a la muerte.

Las creencias espirituales tienen más importancia en la enfermedad que en cualquier otro momento de la vida del individuo. Algunas personas consideran la enfermedad como una prueba de fe, otras como un castigo. Normalmente las creencias espirituales ayudan a las personas a aceptar la enfermedad y a planificar el futuro. La mayoría de las religiones establecen una serie de restricciones y prohibiciones, las cuales pueden afectar a la persona. La enfermera dentro del desarrollo de su función, debe respetar todas las religiones y creencias,

---

<sup>61</sup> (Corbin, 2019) (16)

y a su vez, debe facilitar la asistencia necesaria. Para ello debe conocer los valores y creencias de la persona.<sup>62</sup>

## **12- DESARROLLARSE DE MANERA QUE EXISTA UN SENTIDO DE LOGRO**

Es importante que la enfermera promueva en el paciente el alcance de metas y logros con su propio esfuerzo. Si un paciente se siente productivo y útil tendrá un sentido de realización personal que le influirá en su autoestima y salud mental.

**POBLACIÓN DIANA:** Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo; éste debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La realización de acciones proporciona un sentimiento de gratificación.

El ser humano siente el deseo de llevar a cabo cosas útiles que responden a un ideal en el que cree, lo que implica por parte del individuo el escoger una carrera o pertenecer a un grupo. Para hacer esto debemos aprender a conocernos, a conocer a los demás y a conocer el entorno. La capacidad del individuo de realizarse es personal y única, esto significa que ciertos individuos tienen siempre necesidad de los demás para sentirse valorados, mientras que otros pueden prescindir y encontrar en su interior una gratificación.

Básicamente nos ocupamos con trabajo y diversión los cuáles son aspectos fundamentales de la vida.

## **13- PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS O JUEGOS**

La salud del cuerpo y de la mente también se logra con actividades que entretengan al paciente. La enfermera debe conocer los gustos e intereses de la persona y motivarlo a que participe en actividades que sean motivadoras.

**POBLACIÓN DIANA:** Recrearse es una actividad que es imprescindible incluir en algún momento del día. Resulta fundamental divertirse y ocuparse en algo agradable para poder obtener un descanso físico y psicológico y mantener así el

---

<sup>62</sup> (www.ULPGC.es, 2015) (17)

equilibrio bio-psico-socio-espiritual. Este momento debe existir diariamente y después de cada ciclo estipulado de trabajo (vacaciones).

Desde hace miles de años, el ser humano ha sido consciente de la necesidad de ocupar una parte de su tiempo con actividades recreativas para liberarse de la tensión engendrada por su trabajo diario.

Las diferentes maneras de recrearse han cambiado con la evolución de las sociedades. Según Mark Twain el “trabajo consiste en todo aquello que un cuerpo es obligado a hacer y el juego consiste en todo aquello que un cuerpo no es obligado a hacer”.<sup>63</sup>

#### **14- APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD PERSONAL**

Este punto es similar al anterior, pero se basa en el sentido de la productividad mental de la persona al momento de adquirir conocimientos nuevos.

**POBLACIÓN DIANA:** Mantener al paciente desarrollando habilidades, destrezas y conocimientos es favorable para la salud.

En el caso de pacientes niños o jóvenes, es importante que mantengan activos sus estudios académicos en la medida de lo posible.<sup>64</sup>

#### **LISTADO DE DIAGNÓSTICOS NANDA DESARROLLADOS EN EL PROCESO DE ENFERMERÍA**

- 1.- DESESPERANZA.
- 2.- PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES.
- 3.- DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

---

<sup>63</sup> (www.ULPGC.es, 2015) (18)

<sup>64</sup> (Ramirez, 2018) (6)

## PLANES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA: MUSICOTERAPIA

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERIA "POBLACION 1"																								
<p style="text-align: center;"><b><u>DATOS OBJETIVOS:</u></b></p> <p><b>POBLACION 1:</b> Ésta población estuvo conformada por 10 individuos cuyo rango de edad es de 20 a 77 años. Los criterios de inclusión eran los siguientes; que fueran 10 individuos de sexo indistinto de edad de 20 a 80 años, que fueran miembros recurrentes de la Iglesia y quisieran colaborar en las sesiones de terapia musical.</p> <p style="text-align: center;"><b>ANÁLISIS DIAGNÓSTICO (ESCALA DE BECK)</b></p> <p>De los 10 participantes evaluados con el cuestionario de la escala de desesperanza de Beck en porcentajes se evidencia que el 50% presenta una esperanza normal, mientras que el otro 50% de los participantes expresan tener una leve desesperanza, y finalmente en los últimos dos rubros los cuáles son desesperanza moderada y severa, no existe ningún participante que manifieste moderada desesperanza o severa desesperanza obteniendo un 0%.</p> <p style="text-align: center;"><b>LISTA DE NECESIDADES ALTERADAS DE VIRGINIA HENDERSON:</b></p> <p>9.- EVITAR LOS PELIGROS EN EL</p>	<p><b>DESESPERANZA</b>  <b>FACTOR RELACIONADO</b>  <b>PÉRDIDA DE LA FE EN UN PODER ESPIRITUAL, PÉRDIDA DE LA FE EN LOS VALORES TRASCENDENTALES Y ESTRÉS DE LARGA DURACIÓN</b>  <b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>  <b>DISMINUCIÓN DE LAS EMOCIONES, FALTA DE INICIATIVA, PASIVIDAD, TRASTORNO DEL PATRON DE SUEÑO, VOLVERSE HACIA EL LADO CONTRARIO DE LA PERSONA QUE HABLA Y CLAVES VERBALES (CONTENIDO PESIMISTA; "NO PUEDO" Y SUSPIROS)</b></p>		<p><b>DOMINIO:</b> 6 Auto percepción</p> <p><b>CLASE:</b> 1 Autoconcepto</p>																						
	PLANEACIÓN																								
	<b>RESULTADO ESPERADOS NOC:</b>		<b>ESCALA DIANA</b>																						
	<b>ESPERANZA</b>	<p><b>DOMINIO:</b> Salud psicosocial (III)</p> <p><b>CLASE:</b> Bienestar psicológico</p>	<b>MANTENER A: 3</b>	<b>AUMENTAR A: 4</b>																					
	<b>INDICADORES</b>		<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>																						
<p>1.- Expresión de confianza <b>MANTENER A 3 AUMENTAR A 4</b></p> <p>2.- Expresión de ganas de vivir <b>MANTENER A 3 AUMENTAR A 4</b></p> <p>3.- Expresión de razones para vivir <b>MANTENER A 3 AUMENTAR A 4</b></p> <p>4.- Expresión de significado de la vida <b>MANTENER A 3 AUMENTAR A 4</b></p> <p>5.- Expresión de optimismo <b>MANTENER A 2 AUMENTAR A 3</b></p> <p>6.- Expresión de creencia en sí mismo <b>MANTENER A 3 AUMENTAR A 4</b></p> <p>7.- Expresión de creencia en los demás <b>MANTENER A 2 AUMENTAR A 3</b></p> <p>8.- Expresión de paz interior <b>MANTENER A 2 AUMENTAR A 3</b></p> <p>9.- Expresión de sensación de autocontrol <b>MANTENER A 3 AUMENTAR A 4</b></p> <p>10.- Demostración de entusiasmo por la vida <b>MANTENER 3 A AUMENTAR A 4</b></p> <p>11.- Establecimiento de objetivos <b>MANTENER A 2 AUMENTAR A 4</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NUNCA DEMOSTRADO: 1</b></li> <li>• <b>RARAMENTE DEMOSTRADO: 2</b></li> <li>• <b>A VECES DEMOSTRADO: 3</b></li> <li>• <b>FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO: 4</b></li> <li>• <b>SIEMPRE DEMOSTRADO: 5</b></li> </ul>																							
<b>INTERVENCIONES NIC</b>		<b>FUNDAMENTO</b>																							
<p><b>1.- RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN</b></p> <p><b>2.- MUSICOTERAPIA</b></p> <p><b>3.- MANEJO AMBIENTAL</b></p> <p><b>4.- APOYO EMOCIONAL</b></p> <p><b>5.- APOYO ESPIRITUAL</b></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50px;"><b>X</b></td> <td style="text-align: center;"><b>INDEPENDIENTE</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>INTERDEPENDIENTE</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><b>CLASE:</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">1.- (b) Control de la información.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">2.- (Q) Potenciación de la comunicación.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">3.- (V) Control de riesgos.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">4.- (R)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">5.- (R)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">6.- (R)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><b>CAMPO:</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">1.- (6) Sistema sanitario.</td> </tr> </table>	<b>X</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>		<b>INTERDEPENDIENTE</b>	<b>CLASE:</b>		1.- (b) Control de la información.		2.- (Q) Potenciación de la comunicación.		3.- (V) Control de riesgos.		4.- (R)		5.- (R)		6.- (R)		<b>CAMPO:</b>		1.- (6) Sistema sanitario.		<p><b>1.-RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN:</b> Cuando hablamos de realizar una investigación el resultado de esta depende de la calidad de los datos recogidos, y a su vez de un correcto método de recogida de datos. Junto a las correctas fuentes de información y sus instrumentos de medida, harán que la investigación sea exitosa.<sup>66</sup></p> <p><b>2.- MUSICOTERAPIA:</b> La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/ o restablecer funciones del individuo para que éste pueda emprender una mejor</p>	
<b>X</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>																								
	<b>INTERDEPENDIENTE</b>																								
<b>CLASE:</b>																									
1.- (b) Control de la información.																									
2.- (Q) Potenciación de la comunicación.																									
3.- (V) Control de riesgos.																									
4.- (R)																									
5.- (R)																									
6.- (R)																									
<b>CAMPO:</b>																									
1.- (6) Sistema sanitario.																									

ELABORO: E.L.E. ALEXIS ISAAC VALLE BRAVO  
<sup>66</sup> (www.e-nquest.com, 2018) (35)

<p>ENTORNO Y EVITAR PONER EN PELIGRO A OTROS.</p> <p>10- COMUNICAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES Y OPINIONES.</p> <p>11- ACTUAR O REACCIONAR DE ACUERDO CON LAS PROPIAS CREENCIAS.</p> <p>12- DESARROLLARSE DE MANERA QUE EXISTA UN SENTIDO DE LOGRO.</p> <p>13- PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS O JUEGOS.</p> <p>14- APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD PERSONAL.</p>	<p><b>6.- FACILITAR LA PRACTICA RELIGIOSA</b></p>	<p>2.- (3) Conductual. 3.- (4) Seguridad. 4.- (3) Conductual. 5.- (3) Conductual. 6.- (3) Conductual.</p>	<p>integración intrapersonal e interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento.<sup>67</sup></p> <p><b>3.- MANEJO AMBIENTAL:</b> Las intervenciones de enfermería deben estar encaminadas a aumentar la comodidad del paciente, el cuidado del manejo ambiental surge de una situación de estímulos y tensiones negativas, que originan necesidades de modificaciones en el ambiente para satisfacer dichas necesidades, moviendo la tensión en una dirección positiva. La comodidad de los pacientes es importante para su recuperación física, emocional y espiritual, los cuidados de enfermería brindados con calidad, seguridad y humanizados favorecen el bienestar de los pacientes, mejoran la respuesta a los tratamientos y su calidad de vida.<sup>68</sup></p> <p><b>4.- POYO EMOCIONAL:</b> El apoyo emocional puede ser entendido como la capacidad de percibir lo imperceptible, lo que exige del enfermero alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente. La comprensión adecuada de esas manifestaciones posibilita identificar cómo el paciente percibe la enfermedad, el proceso de hospitalización y el tratamiento, además de propiciarle seguridad. El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente. Por tanto, la atención dispensada debe ser integral, considerando la totalidad y la complejidad del ser humano, abarcando tanto la dimensión física cuanto la psicológica y asociando el cuidado instrumental (medicación, curativos, higiene entre otros) al cuidado expresivo, que engloba el aspecto psicosocial, el relacionamiento y el apoyo emocional.<sup>69</sup></p> <p><b>5.- APOYO ESPÍRITUAL:</b> La espiritualidad es una dimensión del hombre como la biológica, psicológica o la social, relacionada con la capacidad de trascendencia, resumiéndola en tres categorías: sentido de la vida,</p>
<p><b>ACTIVIDADES</b></p> <p><b>INTERVENCIÓN 1 “RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN”</b></p> <p>1.- Explicar el propósito de la investigación durante la reunión de los datos, si procede. 2.- Reunir los datos acordados que se van a utilizar en el estudio. 3.- Proporcionar un espacio privado para realizar las entrevistas y/o reunión de datos, si es necesario. 4.- Ayudar al paciente a cumplir con los cuestionarios de estudio u otras herramientas de recogida de datos, si lo solicita. 5.- Registrar los hallazgos de los datos claramente en los formularios suministrados. 6.- Definir el cambio en la conducta específico y/o fisiológico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).</p> <p><b>INTERVENCIÓN 2 “MUSICOTERAPIA”</b></p> <p>1.- Determinar el interés del individuo por la música. 2.- Identificar las preferencias musicales del individuo. 3.- Informar al individuo del propósito de la experiencia musical. 4.- Elegir selecciones de música particularmente representativas de las preferencias del individuo. 5.- Limitar los estímulos extraños (luces, sonidos, visitantes, llamadas telefónicas) durante la experiencia de escucha. 6.- Proporcionar disponibilidad de cintas/discos compactos de música y equipo al individuo. 7.- Asegurarse de que las cintas/discos compactos de música y el equipo se encuentran en buen estado de funcionamiento. 8.- Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto. 9.- Evitar dejar la música puesta durante largos periodos. 10.- Facilitar la participación activa del individuo (tocar un instrumento o cantar), si lo desea y es factible dentro de la situación. 11.- Evitar la música estimulante después de una lesión aguda en la cabeza. 12.- Crear un ambiente seguro para el paciente.</p> <p><b>INTERVENCIÓN 3 “MANEJO AMBIENTAL”</b></p> <p>1.- Disminuir los estímulos ambientales si procede. 2.- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible. 3.- Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.</p>			

<sup>67</sup> (Quesada, 2017) (23)

<sup>68</sup> (Flórez, 2000) (24)

<sup>69</sup> (Micheline Miranda Braga, 2012) (25)

	<p><b>INTERVENCIÓN 4 “APOYO EMOCIONAL”</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Comentar la experiencia emocional con el paciente.</li> <li>2.- Abrazar a tocar al paciente para proporcionarle apoyo.</li> <li>3.- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</li> <li>4.- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li> </ol> <p><b>INTERVENCIÓN 5 “APOYO ESPIRITUAL”</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer la confianza y demostrar empatía.</li> <li>2.- Tratar al individuo con dignidad y respeto.</li> <li>3.- Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.</li> <li>4.- Compartir las propias creencias sobre significado y propósito, si procede.</li> <li>5.- Orar con el individuo.</li> <li>6.- Proporcionar música espiritual al individuo.</li> <li>7.- Alentar la asistencia a servicios religiosos, si se desea.</li> <li>8.- Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea.</li> <li>9.- Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo.</li> <li>10.- Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo.</li> </ol> <p><b>INTERVENCIÓN 6 “FACILITAR LA PRACTICA RELIGIOSA”</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Fomentar la planificación del ritual y la participación en él, según sea conveniente.</li> <li>2.- Escuchar y desarrollar un sentido de la medida del tiempo para la oración o el ritual.</li> </ol>	<p>valores y creencias. Estas se desarrollan en la vida corporal, psicológica y social, unidas íntimamente. Y como las otras tres esferas del hombre, esta también presenta unas necesidades. La Enfermería en los cuidados espirituales tiene una gran labor, ayudar al paciente a identificar los valores y creencias que dan sentido al ser humano, especialmente al enfermo que se encuentra en el momento más vulnerable. Así, podrá favorecer el afrontamiento del dolor o del sufrimiento identificando las emociones.<sup>70</sup></p> <p><b>6.- FACILITAR LA PRÁCTICA RELIGIOSA:</b></p> <p>Actualmente, diversos especialistas del área de la Medicina plantean que la dimensión religiosa y espiritual de los pacientes debería ser considerada como parte de los cuidados y los tratamientos médicos en general. Las emociones positivas que surgen a partir de la realización y la participación en prácticas rituales religiosas son importantes para la salud mental y física de las personas en duelo, ya que actúan sobre los mecanismos psiconeuroinmunológicos y psicofisiológicos de éstos. La importancia de los rituales privados como el rezo y la participación en ceremonias o cultos es tal, que suelen reforzar la afectividad positiva y la satisfacción con uno mismo. Aunque las creencias y las prácticas religiosas no están reservadas para los momentos de pérdida y dolor, las personas se dirigen hacia la religión en busca de ayuda en situaciones de estrés. Muchos de los mecanismos religiosos parecen estar diseñados específicamente para ayudar a las personas a atravesar momentos difíciles de la vida.<sup>71</sup></p>
--	--	--

<sup>70</sup> (Aarón Muñoz Devesa, 2014) (26)

<sup>71</sup> (Yoffe, 2012) (27)

EJECUCIÓN <sup>72</sup>	EVALUACIÓN <sup>73</sup>
<p><b>Población 1:</b> El día 7 de Abril del 2019 se aplicó a los 10 participantes seleccionados el “<b>CUESTIONARIO DE DESESPERANZA DE BECK</b>”; De acuerdo al análisis, recopilación de datos necesarios y por consenso unánime se decidieron implementar las sesiones de musicoterapia los días 14, 21 y 28 de Abril del 2019, en la “Iglesia Cristiana Evangélica Pentecostés Cristo la Peña de Horeb” con una duración de sesenta minutos aproximadamente cada una, contando con dos tiempos musicales; el primer tiempo llamado alabanza, cuya música contaba con una velocidad promedio de 120 bpm hasta 150 bpm aproximadamente, con una intensidad de aproximadamente de 95 a 110 db. El segundo tiempo musical es llamado adoración, las características musicales empleadas por lo general van de una velocidad de 70 bpm hasta 100 bpm aproximadamente de 70 a 100 db.</p> <p>Lista de canciones interpretadas de acuerdo a la fecha de la sesión fueron:</p> <p><b>1° SESIÓN: DOMINGO 14/04/2019:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Correré “Hillsong”: Velocidad: 138 bpm. Duración: 3:22 minutos</li> <li>2.- Como en el cielo “Elevation Worship”: Velocidad 139 bpm. Duración: 8:19 minutos</li> <li>3.- Way Maker “Elevation Worship”: Velocidad: 64 bpm. Duración: 6:41 minutos</li> <li>4.- Digno “Marco Brunet”: Velocidad: 130 bpm. Duración: 7:24 minutos</li> <li>5.- Al que está sentado en el trono “Marcos Brunet”: Velocidad: 65 bpm. Duración: 8:06 minutos</li> <li>6.- En esto creo “Hillsong”: Velocidad: 71 bpm. Duración: 6:56 minutos</li> </ol> <p><b>2° SESIÓN: DOMINGO 21/04/2019:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Hossana al rey de salvación. “Marco Barrientos”: Velocidad: 148 bpm. Duración: 5:36 minutos</li> <li>2.- Amor sin condición. “Marco Barrientos”: Velocidad: 144 bpm. Duración: 6:19 minutos</li> <li>3.- Preciosa sangre. “Julio Melgar”: Velocidad: 140 bpm. Duración 4:59</li> <li>4.- Gracia Sublime. “En espíritu y verdad”: Velocidad: 143 bpm. Duración: 5:10 minutos</li> <li>5.- Abba Padre. “Conquistando fronteras”: Velocidad: 57 bpm. Duración: 6:25 minutos</li> </ol> <p><b>3° SESIÓN: DOMINGO 28/04/2019:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Le llaman Guerrero “Juan Carlos Alvarado”: Velocidad: 150 bpm. Duración: 1:15 minutos</li> <li>2.- Jehová es mi guerrero “Juan Carlos Alvarado”: Velocidad: 150 bpm. Duración: 1:15 minutos</li> <li>3.- Eres señor vencedor “Juan Carlos Alvarado”: Velocidad: 148 bpm. Duración: 4:18 minutos</li> <li>4.- Rey vencedor “Miel San Marcos”: Velocidad: 150 bpm. Duración: 3:40 minutos</li> <li>5.- Fiesta “Miel San Marcos”: Velocidad: 155 bpm. Duración: 4:16 minutos</li> <li>6.- Viene ya “Miel San Marcos”: Velocidad: 150 bpm. Duración 3:51 minutos</li> <li>7.- Exaltado estás “Miel San Marcos”: Velocidad: 75 bpm. Duración: 6:04 minutos</li> <li>8.- Santo “En espíritu y verdad”: Velocidad: 120 bpm. Duración: 3:58 minutos</li> <li>9.- Es más que palabras “Marcos Witt”: Velocidad: 100 bpm. Duración: 4:26 minutos</li> </ol>	<p><b>Población 1:</b> El día 28 de Abril del 2019 se aplicó nuevamente a los 10 participantes seleccionados el “<b>CUESTIONARIO DE DESESPERANZA DE BECK</b>”.</p> <p style="text-align: center;"><b>ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN (ESCALA DE BECK)</b></p> <p>De los 10 participantes evaluados con el cuestionario de la escala de desesperanza de Beck en porcentajes se evidencia en la evaluación que el 70% presenta una esperanza normal, mientras que el otro 30% de los participantes expresan tener una leve desesperanza, y finalmente en los últimos dos rubros no existe ningún participante que manifieste moderada desesperanza o severa desesperanza obteniendo un 0%.</p> <p>Cómo ya lo hemos mencionado anteriormente la Escala de Desesperanza de Beck es un cuestionario autoadministrado que valora la actitud de la persona ante su bienestar y sus expectativas futuras. La Escala de Desesperanza de Beck evalúa el factor afectivo (sentimientos de futuro), el motivacional (pérdida o no de motivación) y el cognitivo (expectativas de futuro). Sus resultados indican la severidad de la desesperanza de una persona, lo que puede ser un factor de riesgo de pensamientos suicidas e intentos autolíticos. Cómo podemos observar en la evaluación se refleja un aumento al 70% en el resultado de participantes que obtuvo un nivel de normalidad en la escala, lo que nos quiere decir que poseen esperanza, por lo tanto el factor afectivo, motivacional y cognitivo no tienen una repercusión negativa, se encuentran en un estado de equilibrio, lo cual les permite tener una visión clara y exitosa de su futuro con respecto a su persona, lo cual nos lleva a concluir que la musicoterapia aumento un 20% en la población el nivel de esperanza. Sin embargo el 30% de los participantes obtuvieron un resultado en la escala de “leve desesperanza”, lo cual nos habla de un desequilibrio en las áreas afectivas, motivacional y cognitiva, en donde ciertas circunstancias han propiciado que su nivel de esperanza disminuya con respecto al alcance de logros, metas y una visión exitosa a futuro sobre sus personas. Concluimos que es debido al factor económico, laboral o social el cuál no permite abrir un espacio y así poder ocuparse de la misma persona a nivel emocional, sin embargo ha disminuido en un 20% el nivel de desesperanza, lo cual indica que la musicoterapia impactar la vida de la gente a nivel emocional.</p>

<sup>72</sup> (NIC, INTERNACIONAL, 2009, págs. 705, 639, 465, 136, 149, 397) (37)

<sup>73</sup> (NOC, 2009, pág. 425) (38)

VALORACIÓN		DIAGNOSTICO ENFERMERIA "POBLACION 2"		DOMINIO: 6 Auto percepción		
<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b></p> <p><b>POBLACION 2:</b> Ésta población estuvo conformada por 10 individuos cuyo rango de edad es de 14 a 35 años.</p> <p><b>ANÁLISIS DIAGNÓSTICO (CESF)</b></p> <p>De los 10 participantes evaluados con el cuestionario de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) sobre el funcionamiento familiar en porcentajes se evidencia que el 10% presenta un sistema familiar satisfactorio, mientras que un 80% de los adolescentes expresan que su sistema familiar es normal, y finalmente el 10% de participantes manifiesta un sistema familiar deficiente.</p> <p><b>ANÁLISIS DIAGNÓSTICO (CAF)</b></p> <p>En el cuestionario de Afrontamiento familiar (CAF) en porcentajes se evidencia que el 10% presenta un afrontamiento familiar satisfactorio, mientras que un 80% de los participantes expresan que el afrontamiento familiar es normal, y finalmente un 10% de participantes manifiestan que el afrontamiento familiar es deficiente.</p> <p><b>ANÁLISIS DIAGNÓSTICO (CSF)</b></p> <p>En el cuestionario de Satisfacción</p>	<p>PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES</p> <p><b>FACTOR RELACIONADO</b></p> <p>CULPABILIZACIÓN, NO MANTENIMIENTO DE LAS PROMESAS, CAOS, COMUNICACIÓN CONTRADICTORIA, CRÍTICA, NEGACIÓN DE LOS PROBLEMAS, DEPENDENCIA, DIFICULTAD PARA DIVERTIRSE, DIFICULTAD PARA ESTABLECER RELACIONES ÍNTIMAS, ALTERACIONES EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO, ALTERACIONES EN LA CONCENTRACIÓN, CONFLICTOS CRECIENTES, INMADUREZ, DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN, INCAPACIDAD PARA ACEPTAR AYUDA, INCAPACIDAD PARA ACEPTAR UNA AMPLIA GAMA DE SENTIMIENTOS, INCAPACIDAD PARA ADAPTARSE AL CAMBIO, INCAPACIDAD PARA AFRONTAR DE FORMA CONSTRUCTIVA LAS EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS, INCAPACIDAD PARA EXPRESAR UNA AMPLIA GAMA DE SENTIMIENTOS, INCAPACIDAD PARA SATISFACER LAS NECESIDADES EMOCIONALES DE SUS MIEMBROS, INCAPACIDAD PARA SATISFACER LAS NECESIDADES ESPIRITUALES DE SUS MIEMBROS E INCAPACIDAD PARA RECIBIR AYUDA ADECUADAMENTE.</p>				<p><b>CLASE:</b> 2 Relaciones familiares</p>	
	<b>PLANEACIÓN</b>					
	<b>RESULTADO ESPERADOS NOC:</b>			<b>ESCALA DIANA</b>		
	<b>INTEGRIDAD DE LA FAMILIA</b>		<p><b>DOMINIO:</b> Salud familiar (VI)</p> <p><b>CLASE:</b> Bienestar familiar (X)</p>		<b>MANTENER A: 2</b>	<b>AUMENTAR A: 3</b>
	<b>INDICADORES</b>			<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>		
<p>1.- Interacciona frecuentemente con toda la familia <b>MANTENER A 2 AUMENTAR A 3</b></p> <p>2.- Participan juntos en actividades recreativas <b>MANTENER A 2 AUMENTAR A 3</b></p> <p>3.- Participa en las tradiciones de la familia <b>MANTENER A 3 AUMENTAR A 4</b></p> <p>4.- Proporciona apoyo durante los períodos de crisis <b>MANTENER A 3 AUMENTAR A 4</b></p> <p>5.- Los miembros manifiestan lazos fuertes con la familia <b>MANTENER A 2 AUMENTAR A 3</b></p> <p>6.- Existe afecto manifestado entre los miembros de la familia <b>MANTENER A 2 AUMENTAR A 3</b></p> <p>7.- Se ayudan entre sí para ejecutar los roles y las tareas diarias <b>MANTENER A 2 AUMENTAR A 3</b></p> <p>8.- Los miembros se comunican de forma abierta y honesta entre sí <b>MANTENER A 3 AUMENTAR A 4</b></p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NUNCA DEMOSTRADO: 1</b></li> <li>• <b>RARAMENTE DEMOSTRADO: 2</b></li> <li>• <b>A VECES DEMOSTRADO: 3</b></li> <li>• <b>FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO: 4</b></li> <li>• <b>SIEMPRE DEMOSTRADO 5</b></li> </ul>			
<b>INTERVENCIONES NIC</b>			<b>FUNDAMENTO</b>			
<p><b>1.- RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN</b></p> <p><b>2.- MUSICOTERAPIA</b></p> <p><b>3.- MANEJO AMBIENTAL</b></p> <p><b>4.- APOYO EMOCIONAL</b></p>		x	<p><b>INDEPENDIENTE</b></p> <p><b>INTERDEPENDIENTE</b></p> <p><b>CLASE:</b></p> <p>1.- (b) Control de la información.</p> <p>2.- (Q) Potenciación de la comunicación.</p> <p>3.- (V) Control de riesgos.</p> <p>4.- (R) Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.</p>		<p><b>1.-RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN:</b> Cuando hablamos de realizar una investigación el resultado de esta depende de la calidad de los datos recogidos, y a su vez de un correcto método de recogida de datos. Junto a las correctas fuentes de información y sus instrumentos de medida, harán que la investigación sea exitosa.<sup>75</sup></p>	

ELABORO: E.L.E. ALEXIS ISAAC VALLE BRAVO  
<sup>75</sup> (www.e-nquest.com, 2018) (35)

<p>Familiar (CSF) el 80% refiere tener un sistema de Satisfacción familiar satisfactorio, mientras que un 20% de los participantes expresan que su satisfacción familiar es normal, y finalmente tenemos un 0% que manifiesta que su satisfacción familiar es deficiente.</p> <p><b>LISTA DE NECESIDADES ALTERADAS DE VIRGINIA HENDERSON:</b></p> <p>9.- EVITAR LOS PELIGROS EN EL ENTORNO Y EVITAR PONER EN PELIGRO A OTROS.</p> <p>10- COMUNICAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES Y OPINIONES.</p> <p>11- ACTUAR O REACCIONAR DE ACUERDO CON LAS PROPIAS CREENCIAS.</p> <p>12- DESARROLLARSE DE MANERA QUE EXISTA UN SENTIDO DE LOGRO.</p> <p>13- PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS O JUEGOS.</p> <p>14- APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD PERSONAL.</p>	<p><b>5.- APOYO ESPIRITUAL</b></p> <p><b>6.- FACILITAR LA PRACTICA RELIGIOSA</b></p> <p><b>7.- APOYO A LA FAMILIA</b></p> <p><b>8.- TERAPIA FAMILIAR</b></p> <p><b>9.- FACILITAR EL PERDÓN</b></p> <p><b>10.- MANTENIMIENTO EN PROCESOS FAMILIARES</b></p>	<p>5.- (R) 6.- (R) 7.- (X) <b>Cuidados de la vida</b> 8.- (X) 9.- (R) 10.- (X)</p> <p><b>CAMPO:</b> 1.- (6) <b>Sistema sanitario.</b> 2.- (3) <b>Conductual.</b> 3.- (4) <b>Seguridad.</b> 4.- (3) <b>Conductual.</b> 5.- (3) <b>Conductual.</b> 6.- (3) <b>Conductual.</b> 7.- (X) <b>Cuidados de la vida</b> 8.- (X) 9.- (R) 10.- (X)</p>	<p><b>2.- MUSICOTERAPIA:</b> La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/ o restablecer funciones del individuo para que éste pueda emprender una mejor integración intrapersonal e interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento.<sup>76</sup></p> <p><b>3.- MANEJO AMBIENTAL:</b> Las intervenciones de enfermería deben estar encaminadas a aumentar la comodidad del paciente, el cuidado del manejo ambiental surge de una situación de estímulos y tensiones negativas, que originan necesidades de modificaciones en el ambiente para satisfacer dichas necesidades, moviendo la tensión en una dirección positiva. La comodidad de los pacientes es importante para su recuperación física, emocional y espiritual, los cuidados de enfermería brindados con calidad, seguridad y humanizados favorecen el bienestar de los pacientes, mejoran la repuesta a los tratamientos y su calidad de vida.<sup>77</sup></p>
	<p style="text-align: center;"><b>ACTIVIDADES</b></p> <p><b>INTERVENCIÓN 1 “RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN”</b></p> <p>1.- Explicar el propósito de la investigación durante la reunión de los datos, si procede. 2.- Reunir los datos acordados que se van a utilizar en el estudio. 3.- Proporcionar un espacio privado para realizar las entrevistas y/o reunión de datos, si es necesario. 4.- Ayudar al paciente a cumplir los cuestionarios de estudio u otras herramientas de recogida de datos, si lo solicita. 5.- Registrar los hallazgos de los datos claramente en los formularios suministrados. 6.- Definir el cambio en la conducta específico y/o fisiológico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).</p> <p><b>INTERVENCIÓN 2 “MUSICOTERAPIA”</b></p> <p>1.- Determinar el interés del individuo por la música. 2.- Identificar las preferencias musicales del individuo. 3.- Informar al individuo del propósito de la experiencia musical. 4.- Elegir selecciones de música particularmente representativas de las preferencias del individuo. 5.- Limitar los estímulos extraños (luces, sonidos, visitantes, llamadas telefónicas) durante la experiencia de escucha.</p>		<p><b>4.- POYO EMOCIONAL:</b> El apoyo emocional puede ser entendido como la capacidad de percibir lo imperceptible, lo que exige del enfermero alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente. La comprensión adecuada de esas manifestaciones posibilita identificar cómo el paciente percibe la enfermedad, el proceso de hospitalización y el tratamiento, además de propiciarle seguridad. El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente. Por tanto, la atención dispensada debe ser integral, considerando la totalidad y la complejidad del ser humano, abarcando tanto la dimensión física cuanto la psicológica y asociando el cuidado instrumental (medicación, curativos, higiene entre otros) al cuidado expresivo, que engloba el aspecto psicosocial, el relacionamiento y el apoyo emocional.<sup>78</sup></p> <p><b>5.- APOYO ESPÍRITUAL:</b> La espiritualidad es una dimensión del hombre como la biológica, psicológica o la social, relacionada con la capacidad de trascendencia, resumiéndola en tres categorías: sentido de la vida, valores y creencias. Estas se desarrollan en la vida corporal, psicológica y social, unidas íntimamente. Y como las otras tres esferas del hombre, esta también presenta unas necesidades. La Enfermería en los cuidados espirituales tiene una gran labor, ayudar al paciente a identificar los valores y creencias</p>

<sup>76</sup> (Quesada, 2017) (23)

<sup>77</sup> (Flórez, 2000) (24)

<sup>78</sup> (Micheline Miranda Braga, 2012) (25)

	<p>6.- Proporcionar disponibilidad de cintas/discos compactos de música y equipo al individuo.</p> <p>7.- Asegurarse de que las cintas/discos compactos de música y el equipo se encuentran en buen estado de funcionamiento.</p> <p>8.- Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto.</p> <p>9.- Evitar dejar la música puesta durante largos periodos.</p> <p>10.- Facilitar la participación activa del individuo (tocar un instrumento o cantar), si lo desea y es factible dentro de la situación.</p> <p>11.- Evitar la música estimulante después de una lesión aguda en la cabeza.</p> <p>12.- Crear un ambiente seguro para el paciente.</p> <p><b>INTERVENCIÓN 3 “MANEJO AMBIENTAL”</b></p> <p>1.- Disminuir los estímulos ambientales si procede.</p> <p>2.- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.</p> <p>3.- Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.</p> <p><b>INTERVENCIÓN 4 “APOYO EMOCIONAL”</b></p> <p>1.- Comentar la experiencia emocional con el paciente.</p> <p>2.- Abrazar a tocar al paciente para proporcionarle apoyo.</p> <p>3.- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</p> <p>4.- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</p> <p><b>INTERVENCIÓN 5 “APOYO ESPIRITUAL”</b></p> <p>1.- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer la confianza y demostrar empatía.</p> <p>2.- Tratar al individuo con dignidad y respeto.</p> <p>3.- Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.</p> <p>4.- Compartir las propias creencias sobre significado y propósito, si procede.</p> <p>5.- Orar con el individuo.</p> <p>6.- Proporcionar música espiritual al individuo.</p> <p>7.- Alentar la asistencia a servicios religiosos, si se desea.</p> <p>8.- Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea.</p> <p>9.- Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo.</p> <p>10.- Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo.</p> <p><b>INTERVENCIÓN 6 “FACILITAR LA PRACTICA RELIGIOSA”</b></p>	<p>que dan sentido al ser humano, especialmente al enfermo que se encuentra en el momento más vulnerable. Así, podrá favorecer el afrontamiento del dolor o del sufrimiento identificando las emociones.<sup>79</sup></p> <p><b>6.- FACILITAR LA PRÁCTICA RELIGIOSA:</b> Actualmente, diversos especialistas del área de la Medicina plantean que la dimensión religiosa y espiritual de los pacientes debería ser considerada como parte de los cuidados y los tratamientos médicos en general. Las emociones positivas que surgen a partir de la realización y la participación en prácticas rituales religiosas son importantes para la salud mental y física de las personas en duelo, ya que actúan sobre los mecanismos psiconeuroinmunológicos y psicofisiológicos de éstos. La importancia de los rituales privados como el rezo y la participación en ceremonias o cultos es tal, que suelen reforzar la afectividad positiva y la satisfacción con uno mismo. Aunque las creencias y las prácticas religiosas no están reservadas para los momentos de pérdida y dolor, las personas se dirigen hacia la religión en busca de ayuda en situaciones de estrés. Muchos de los mecanismos religiosos parecen estar diseñados específicamente para ayudar a las personas a atravesar momentos difíciles de la vida.<sup>80</sup></p> <p><b>7.- APOYO A LA FAMILIA:</b> El apoyo familiar se refiere a la presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros. El resto de miembros debe ofrecer su apoyo emocional, mantener con éste una buena comunicación, participar en su cuidado, y estar en contacto con otros miembros de la familia para informarles y demandarle ayuda, si fuera necesario. El apoyo social a la familia está claramente relacionado con los resultados de bienestar de las personas. El estudiar cómo los miembros de la familia están implicados en proporcionar apoyo mutuo, puede iluminarnos también sobre la importancia del apoyo social a la familia. Si vemos que la familia es la principal fuente de apoyo para la persona a lo largo de toda la vida, entonces debemos de reconocer la importancia del rol que juega.<sup>81</sup></p> <p><b>8.- TERAPIA FAMILIAR:</b> Ésta proporciona a los miembros de una familia un ambiente seguro, en el cual se puede expresar lo que uno siente con respecto a algún miembro de la familia o alguna situación</p>
--	---	---

<sup>79</sup> (Aarón Muñoz Devesa, 2014) (26)

<sup>80</sup> (Yoffe, 2012) (27)

<sup>81</sup> (Frausto, 2015) (28)

	<p>1.- Fomentar la planificación del ritual y la participación en él, según sea conveniente. 2.- Escuchar y desarrollar un sentido de la medida del tiempo para la oración o el ritual.</p> <p><b>INTERVENCIÓN 7 “APOYO A LA FAMILIA”</b></p> <p>1.- Favorecer una relación de confianza con la familia. 2.- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios. 4.- Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia. 5.- Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas. 6.- Proporcionar recursos espirituales a la familia, según lo precisen.</p> <p><b>INTERVENCIÓN 8 “TERAPIA FAMILIAR”</b></p> <p>1.- Identificar los papeles habituales dentro del sistema de la familia. 2.- Identificar las áreas de insatisfacción y/o conflicto 3.- Ayudar a los familiares a comunicarse más efectivamente. 4.- Proporcionar educación e información. 5.- Compartir el plan de terapia con la familia. 6.- Observar si se producen respuestas terapéuticas adversas.</p> <p><b>INTERVENCIÓN 9 “FACILITAR EL PERDÓN”</b></p> <p>1.- Aceptar si el enfado y el resentimiento son justificables. 2.- Identificar la fuente de culpabilidad y resentimiento, cuando sea posible. 3.- Investigar el perdón como un proceso. 4.- Explorar las posibilidades de enmienda y reconciliación con uno mismo, con los otros y/o con los superiores. 5.- Ayudar al paciente a examinar la dimensión saludable y curativa del perdón. 6.- Enseñar el arte de la liberación y de la relajación emocional. 7.- Sugerir el uso de rituales tradicionales de fe, según sea conveniente (ungimiento, confesión, reconciliación). 8.- Comunicar el perdón a Dios/ a los superiores/ o intermitente a uno mismo a través de la oración, de las escrituras o de otras lecturas, según sea conveniente.</p> <p><b>INTERVENCIÓN 10 “MANTENIMIENTO EN PROCESOS FAMILIARES”</b></p> <p>1.- Determinar los procesos de ruptura familiares típicos. 2.- Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares. 3.- Comentar las estrategias de normalización de la vida familiar con la familia. 4.- Ayudar a los miembros de la familia a utilizar los mecanismos de apoyo existentes.</p>	<p>relacionada con tus familiares o problemas que afectan al núcleo familiar lo que sugiere hablar de diversos problemas. Este tipo de terapia puede aplicarse de manera individual, en pareja o en grupo (familia) y es regulada por un profesional. La terapia familiar sistémica es una estrategia de intervención psicológica que se retoma, como sistema social primario, los grupos sociales de referencia básica por ejemplo: familia, amigos, compañeros de trabajo, escuela, etc. Esto se debe a que desde esos grupos surgen y se resuelven o previenen los problemas de una persona.<sup>82</sup></p> <p><b>9.- FACILITAR EL PERDÓN:</b> Se reconoce que el perdón de una ofensa (o un daño o un descuido) restablece la vigencia de una norma o ayuda a reparar un acuerdo, y permite al perdonado recobrar el reconocimiento como “persona buena”, como sujeto moral responsable. Pedir perdón es colocarse totalmente en las manos del otro, es reconocer su libertad, es considerarlo, aceptarlo, como un sujeto moral y como un interlocutor capaz de generosidad. Es suponerlo libre y capaz de bondad. Pedir y recibir perdón beneficia a las dos partes. Quien perdona se libra del resentimiento. El perdón da pie para restablecer la relación y cura al perdonado del temor al castigo y la venganza y tal vez aún más importante le ayuda a superar los sentimientos de culpa y de vergüenza.<sup>83</sup></p> <p><b>10.- MANTENIMIENTO DEL PROCESO FAMILIAR:</b> El cuidado de enfermería deberá basarse en la valoración tanto de la estructura como del funcionamiento del sistema familiar. En el momento en que la enfermera interactúa con el sistema familiar, la valoración de salud debe consistir en el cabal conocimiento de la interacción tanto entre los miembros de la familia, como entre la familia y otros sistemas sociales. Si la enfermera(o) identifica, y además comprende algunas de las razones de las conductas de los familiares bien sea los padres del niño, los familiares del adulto; y está consciente de que sus sentimientos sobre esta conducta son normales podrá aceptar la hostilidad y críticas sin mostrar a su a su vez enojo. Así mismo si la enfermera identifica las necesidades de los miembros de la familia y solicita su ayuda en las áreas adecuadas de cuidado del paciente; como ayuda a la hora de comer, baño e higiene del paciente, o hablar abiertamente de sus sentimientos, los familiares se sentirán cómodos y estarán más capacitados para ayudar a su recuperación.<sup>84</sup></p>
--	---	---

<sup>82</sup> (blog.uvm.mx, 2017) (29)

<sup>83</sup> (Mockus, 2002) (30)

<sup>84</sup> (Vargas, 2002) (31)

EJECUCIÓN <sup>85</sup>	EVALUACIÓN <sup>86</sup>
<p><b>Población 2:</b> El día 7 de Abril del 2019 se aplicó a los 10 participantes seleccionados el test número 1 “CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR (CESF)” el test número 2, “CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR (CAF)” y el test número 3 “CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR (CSF)”; De acuerdo al análisis, recopilación de datos necesarios y por consenso unánime se decidieron implementar las sesiones de los días empleados fueron el 13, 20 y 27 de Abril del 2019 para realizar las sesiones de musicoterapia, con una duración de sesenta minutos aproximadamente cada una, contando con dos tiempos musicales, siguiendo el mismo modelo que en la población anterior; el primer tiempo llamado alabanza, cuya música contaba con una velocidad promedio de 120 bpm hasta 150 bpm aproximadamente, con una intensidad de aproximadamente de 95 a 110 db. El segundo tiempo musical es llamado adoración, las características musicales empleadas por lo general van de una velocidad de 90 bpm hasta 105 bpm aproximadamente de 70 a 100 db.</p> <p>Lista de canciones interpretadas de acuerdo a la fecha de la sesión:</p> <p><b>1° SESIÓN: SÁBADO 13/04/2019:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Voy cantando “Conquistando fronteras”: Velocidad: 140 bpm. Duración: 6:27 minutos</li> <li>2.- Te doy gloria “En espíritu y verdad”: Velocidad: 136 bpm. Duración: 4:28 minutos</li> <li>3.- En tu luz “En espíritu y verdad”: Velocidad: 134 bpm. Duración: 5:47 minutos</li> <li>4.- Grande y fuerte “Miel San Marcos”: Velocidad: 150 bpm. Duración: 3:20 minutos</li> <li>5.- En tu presencia “En espíritu y en verdad”: Velocidad: 154 bpm. Duración 9:46 minutos</li> <li>6.- En totalidad a ti “Vino nuevo”: Velocidad: 115 bpm. Duración: 6:04 minutos</li> <li>7.- Creo en ti “Julio Melgar”: Velocidad: 70 bpm. Duración: 6:57 minutos</li> <li>8.- Cielo y tierra “Conquistando fronteras”: Velocidad: 72 bpm. Duración: 6:33 minutos</li> </ol> <p><b>2° SESIÓN: SÁBADO 20/04/2019:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Para Exaltarte “Hillsong”: Velocidad: 139 bpm. Duración: 4:02 minutos</li> <li>2.- Generación que danza “En espíritu y verdad”: Velocidad: 140 bpm. Duración: 4:44 minutos</li> <li>3.- Quien es el rey de gloria “Marco Barrientos”: Velocidad: 98 bpm. Duración: 11:45 minutos</li> <li>4.- Un viaje largo “Marcela Gándara”: Velocidad: 130 bpm. Duración: 3:44 minutos</li> <li>5.- Creo en ti “Julio melgar”: Velocidad: 70 bpm. Duración: 6:57</li> </ol> <p><b>3° SESIÓN: SÁBADO 27/04/2019:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- No puedo callar “En espíritu y verdad”: Velocidad: 127 bpm. Duración: 4:39 minutos</li> <li>2.- Te doy gloria “En espíritu y verdad”: Velocidad: 136 bpm. Duración: 4:27 minutos</li> <li>3.- Gracia sublime “En espíritu y verdad”: Velocidad: 99 bpm. Duración: 5:15 minutos</li> <li>4.- Preciosa sangre “Julio Melgar”: Velocidad: 140 bpm. Duración: 4:59 minutos</li> <li>5.- Arboles junto al río “Fernel Monroy”: Velocidad: 133 bpm. Duración: 4:31 minutos</li> </ol>	<p><b>Población 2:</b> El día 27 de Abril del 2019 se aplicó nuevamente a los 10 participantes seleccionados el test número 1 “CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR (CESF)” el test número 2, “CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR (CAF)” y el test número 3 “CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR (CSF)”;</p> <p><b>ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN (CESF):</b> De los 10 participantes evaluados con el cuestionario de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) sobre el funcionamiento familiar en porcentajes se evidencia que el 30% presenta un sistema familiar satisfactorio, mientras que un 70% de los adolescentes expresan que su sistema familiar es normal, y finalmente ninguno o el 0% de participantes manifiesta un sistema familiar deficiente.</p> <p><b>ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN (CAF):</b> De los 10 participantes evaluados con el cuestionario de Afrontamiento familiar (CAF) en porcentajes se evidencia que el 20% presenta un afrontamiento familiar satisfactorio, mientras que un 80% de los participantes expresan que el afrontamiento familiar es normal, y finalmente ninguno o un 0% de participantes manifiestan que el afrontamiento familiar es deficiente.</p> <p><b>ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN (CSF):</b> De los 10 participantes evaluados con el cuestionario de Satisfacción Familiar (CSF) el 100% refiere tener un sistema de Satisfacción familiar satisfactorio, mientras que ninguno “0%” de los participantes expresan que su satisfacción familiar es normal, y finalmente ninguno “0%” que manifiesta que su satisfacción familiar es deficiente.</p>

<sup>85</sup> (NIC, INTERNACIONAL, 2009, págs. 705, 639, 465, 136, 149, 397, 130, 763, 392, 596) (37)

<sup>86</sup> (NOC, 2009, pág. 500) (38)

VALORACIÓN		DIAGNOSTICO ENFERMERIA "POBLACION 3"		DOMINIO: 6 Auto percepción		
<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b></p> <p><b>POBLACIÓN 3:</b> Ésta población estuvo compuesta por 10 individuos cuyo rango de edad es de 4 a 10 años.</p> <p>En el último grupo de individuos, el día domingo 7 de Abril del 2019 para evaluar la existencia de un déficit de actividades recreativas se decidió realizar un test de inteligencia emocional llamado "Termómetro de las emociones", además de un cuestionario dirigido a los docentes llamado "Juegos para el desarrollo psicomotor en niños y niñas", y el uso de la "Escala de estimación para conocer las características motrices".</p> <p><b>ANÁLISIS DIAGNÓSTICO (TERMOMETRO DE LAS EMOCIONES).</b></p> <p>De los 10 participantes evaluados con el "Termómetro de las emociones" en porcentajes se evidencia que el 20% de los participantes se presentaban nerviosos a la hora de recibir la primer sesión de musicoterapia, mientras que otro 20% de los participantes expresaban sentirse tristes, al contrario un 10% de los participantes refería estar muy contento y finalmente un 50 % refería estar simplemente contentos y felices de participar en la actividad de terapia musical. En los 8 rubros restantes no existe ningún participante que</p>	<p>DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS</p> <p><b>FACTOR RELACIONADO</b></p> <p>ENTORNO DESPROVISTO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b></p> <p>AFIRMACIONES DEL PACIENTE DE QUE SE ABURRE (DESEA TENER ALGO QUE HACER).</p>		<p><b>CLASE:</b> 2 Actividad/ Ejercicio</p>			
	<b>PLANEACIÓN</b>					
	<b>RESULTADO ESPERADOS NOC:</b>			<b>ESCALA DIANA</b>		
	<b>PARTICIPACIÓN EN JUEGOS</b>		<p><b>DOMINIO:</b> Salud funcional (I)</p> <p><b>CLASE:</b> Crecimiento y desarrollo (B)</p>		<p><b>MANTENER A: 3</b></p> <p><b>AUMENTAR A: 4</b></p>	
<b>INDICADORES</b>			<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>			
<p>1.- Participación en juegos <b>MANTENER A 2 AUMENTAR A 3</b></p> <p>2.- Expresa satisfacción con las actividades de juegos <b>MANTENER A 3 AUMENTAR A 4</b></p> <p>3.- Expresión de placer con el juego <b>MANTENER A 3 AUMENTAR A 4</b></p> <p>4.- Uso de habilidades sociales durante el juego <b>MANTENER A 3 AUMENTAR A 4</b></p> <p>5.- Uso de habilidades físicas durante el juego <b>MANTENER A 4 AUMENTAR A 5</b></p> <p>6.- Uso de imaginación durante el juego <b>MANTENER A 3 AUMENTAR A 4</b></p> <p>7.- Expresión de emociones durante el juego <b>MANTENER A 4 AUMENTAR A 5</b></p> <p>8.- Uso del rol del juego <b>MANTENER A 3 AUMENTAR A 4</b></p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NUNCA DEMOSTRADO: 1</b></li> <li>• <b>RARAMENTE DEMOSTRADO: 2</b></li> <li>• <b>A VECES DEMOSTRADO: 3</b></li> <li>• <b>FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO: 4</b></li> <li>• <b>SIEMPRE DEMOSTRADO: 5</b></li> </ul>			
<b>INTERVENCIONES NIC</b>			<b>FUNDAMENTO</b>			
<p><b>1.- RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN</b></p> <p><b>2.- MUSICOTERAPIA</b></p> <p><b>3.- MANEJO AMBIENTAL</b></p> <p><b>4.- MANEJO DE LA CONDUCTA HIPERACTIVIDA/ FALTA DE ATENCIÓN</b></p> <p><b>5.- TERAPIA CON JUEGOS</b></p> <p><b>6.- ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA</b></p>		<p><b>X INDEPENDIENTE</b></p> <p><b>INTERDEPENDIENTE</b></p> <p><b>CLASE:</b></p> <p>1.- (b) Control de la información.</p> <p>2.- (Q) Potenciación de la comunicación.</p> <p>3.- (V) Control de riesgos.</p> <p>4.- (O) Terapia conductual.</p> <p>5.- (O) Terapia conductual.</p> <p>6.- (P) Terapia cognitiva.</p> <p><b>CAMPO:</b></p> <p>1.- (6) Sistema sanitario.</p> <p>2.- (3) Conductual.</p> <p>3.- (4) Seguridad.</p> <p>4.- (3) Conductual.</p> <p>5.- (3) Conductual.</p> <p>6.- (3) Conductual.</p>		<p><b>1.-RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN:</b> Cuando hablamos de realizar una investigación el resultado de esta depende de la calidad de los datos recogidos, y a su vez de un correcto método de recogida de datos. Junto a las correctas fuentes de información y sus instrumentos de medida, harán que la investigación sea exitosa.<sup>88</sup></p> <p><b>2.- MUSICOTERAPIA:</b> La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/ o restablecer funciones del individuo para que éste pueda emprender una mejor integración intrapersonal e interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento.<sup>89</sup></p>		

ELABORO: E.L.E. ALEXIS ISAAC VALLE BRAVO

<sup>88</sup> (www.e-nquest.com, 2018) (35)

<sup>89</sup> (Quesada, 2017) (23)

manifestara estas emociones así que por consiguiente se le asignó un 0%.

### **ANÁLISIS DIAGNÓSTICO (ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES).**

De los 10 participantes evaluados con la "Escala de estimación para conocer las características motrices" se realiza un análisis en relación al instrumento de valoración, el cual permitió conocer las características motrices que reflejan los niños y niñas en edad de cuatro a diez años de la "Iglesia Cristiana Evangélica Pentecostés Cristo la Peña de Horeb" se puede decir, que en un 75.5% muestran condiciones motrices normales. Así mismo, los resultados permiten afirmar, que el correr (100%), mostrar control en los movimientos (100%), mostrar coordinación en los movimientos (90%), saltar con soltura (90%) y lanzar con seguridad (90%) son los ítems que obtuvieron un porcentaje significativo en el desempeño con normalidad llegando a ser de los más desarrollados, lo que demuestra de manera fortalecida la actividad de correr y saltar en los niños y niñas, el resultado se muestra por encima del promedio representativo. Mientras que los ítems maneja el lápiz con precisión (30%), recorta (50%) y ata sus cordones(50%) se reflejaron como los más débiles, pues el porcentaje de manejo se muestra dominante en la manera regular del desempeño de estas actividades y no en la manera

### **ACTIVIDADES**

#### **INTERVENCIÓN 1 "RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN"**

- 1.- Explicar el propósito de la investigación durante la reunión de los datos, si procede.
- 2.- Reunir los datos acordados que se van a utilizar en el estudio.
- 3.- Proporcionar un espacio privado para realizar las entrevistas y/o reunión de datos, si es necesario.
- 4.- Ayudar al paciente a cumplir los cuestionarios de estudio u otras herramientas de recogida de datos, si lo solicita.
- 5.- Registrar los hallazgos de los datos claramente en los formularios suministrados.
- 6.- Definir el cambio en la conducta específico y/o fisiológico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).

#### **INTERVENCIÓN 2 "MUSICOTERAPIA"**

- 1.- Determinar el interés del individuo por la música.
- 2.- Identificar las preferencias musicales del individuo.
- 3.- Informar al individuo del propósito de la experiencia musical.
- 4.- Elegir selecciones de música particularmente representativas de las preferencias del individuo.
- 5.- Limitar los estímulos extraños (luces, sonidos, visitantes, llamadas telefónicas) durante la experiencia de escucha.
- 6.- Proporcionar disponibilidad de cintas/discos compactos de música y equipo al individuo.
- 7.- Asegurarse de que las cintas/discos compactos de música y el equipo se encuentran en buen estado de funcionamiento.
- 8.- Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto.
- 9.- Evitar dejar la música puesta durante largos periodos.
- 10.- Facilitar la participación activa del individuo (tocar un instrumento o cantar), si lo desea y es factible dentro de la situación.
- 11.- Evitar la música estimulante después de una lesión aguda en la cabeza.
- 12.- Crear un ambiente seguro para el paciente.

#### **INTERVENCIÓN 3 "MANEJO AMBIENTAL"**

- 2.- Disminuir los estímulos ambientales si procede.
- 3.- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- 5.- Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.

#### **INTERVENCIÓN 4 "MANEJO DE LA CONDUCTA HIPERACTIVADA/ FALTA DE ATENCIÓN"**

**3.- MANEJO AMBIENTAL:** Las intervenciones de enfermería deben estar encaminadas a aumentar la comodidad del paciente, el cuidado del manejo ambiental surge de una situación de estímulos y tensiones negativas, que originan necesidades de modificaciones en el ambiente para satisfacer dichas necesidades, moviendo la tensión en una dirección positiva. La comodidad de los pacientes es importante para su recuperación física, emocional y espiritual, los cuidados de enfermería brindados con calidad, seguridad y humanizados favorecen el bienestar de los pacientes, mejoran la respuesta a los tratamientos y su calidad de vida.<sup>90</sup>

**4.- MANEJO DE LA CONDUCTA:** La impulsividad es la causa del comportamiento inadecuado, la precipitación de la respuesta hace que no entren en marcha los mecanismos de reflexión que seleccionarían una respuesta más adecuada. Una respuesta probablemente más racional y menos emocional. Consensuar y definir las normas generales de la actividad, decidir las consecuencias de su incumplimiento. En el caso de los niños es importante anticiparse a su conducta, hacer un recordatorio frecuente de la normativa y colocarla en un lugar visible. Si el niño ha trabajado, paralelamente, alguna técnica de relajación o estrategia alternativa de afrontamiento, podrá intentar ponerla en marcha cuando note la activación o se le avise de ella. Por ejemplo, podemos (según edad y características del niño) enseñarle a que cuando se note activado procure respirar profundamente al tiempo que se da autoinstrucciones: "Tranquilo", "Cálmate", etc, o incluso utilizar la técnica de la tortuga. El objetivo es mantener un perfil de conducta adecuado para lograr el objetivo de la terapia empleada.<sup>91</sup>

**5.- TERAPIA CON JUEGOS:** Si bien algunas personas pueden pensar que jugar es solo una pérdida de tiempo lo cierto es que el juego

<sup>90</sup> (Flórez, 2000) (24)

<sup>91</sup> (www.fundacioncadah.org, 2011) (32)

<p>normal de hacerlo porqué está por debajo de la mayor frecuencia. Los resultados obtenidos de manera general en el análisis de las características motrices, fueron el punto de partida para proponer el plan de actividades físicas mediante el juego, como una alternativa para el fortalecimiento del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 4 a 10 años.</p> <p style="text-align: center;"><b>LISTA DE NECESIDADES ALTERADAS DE VIRGINIA HENDERSON:</b></p> <p>9.- EVITAR LOS PELIGROS EN EL ENTORNO Y EVITAR PONER EN PELIGRO A OTROS.</p> <p>10- COMUNICAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES Y OPINIONES.</p> <p>11- ACTUAR O REACCIONAR DE ACUERDO CON LAS PROPIAS CREENCIAS.</p> <p>12- DESARROLLARSE DE MANERA QUE EXISTA UN SENTIDO DE LOGRO.</p> <p>13- PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS O JUEGOS.</p> <p>14- APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD PERSONAL.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Proporcionar un ambiente estructurado y físicamente seguro, si es necesario.</li> <li>2.- Determinar las expectativas y consecuencias de una conducta adecuada, dado el nivel de función cognitiva del paciente y la capacidad de autocontrol.</li> <li>3.- Desarrollar un plan de control de conducta que sea llevado a cabo de manera coherente por parte de todos los cuidadores.</li> <li>4.- Comunicar las normas, expectativas de conducta y las consecuencias con un lenguaje sencillo con ayudas visuales, si es preciso.</li> <li>5.- Alabar los comportamientos deseados y los esfuerzos de autocontrol.</li> <li>6.- Proporcionar consecuencias coherentes tanto para las conductas deseadas como para las indeseadas.</li> <li>7.- Dar todas las instrucciones / explicaciones de forma lenta y con lenguaje sencillo y concreto.</li> <li>8.- Proporcionar ayuda, si es necesario, para completar las tareas.</li> <li>9.- Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente.</li> <li>10.- Enseñar/reforzar habilidades sociales adecuadas.</li> </ol> <p><b>INTERVENCION 5 “TERAPIA CON JUEGOS”</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Disponer de un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones.</li> <li>2.- Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo.</li> <li>3.- Comunicar el objeto de la sesión de juegos.</li> <li>4.- Discutir las actividades de juegos con la familia.</li> <li>5.- Establecer límites a la sesión de juegos terapéuticos.</li> <li>6.- Supervisar las sesiones de terapia de juegos.</li> <li>7.- Animar al paciente a que comparta sentimientos, conocimientos y percepciones.</li> <li>8.- Controlar las reacciones y el nivel de ansiedad del niño durante la sesión de juegos.</li> <li>9.- Registrar las observaciones realizadas durante la sesión de juegos.</li> </ol> <p><b>INTERVENCIÓN 6 “ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA”</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Disponer una estimulación sensorial planificada.</li> <li>2.- Utilizar la televisión, radio o música como parte del programa de estímulos planificado.</li> <li>3.- Disponer periodos de descanso.</li> <li>4.- Utilizar la repetición en la presentación de materiales nuevos.</li> <li>5.- Variar los métodos de presentación de materiales.</li> <li>6.- Presentar información en dosis pequeñas, concretas.</li> <li>7.- solicitar al paciente que repita la información.</li> </ol>	<p>encierra una importancia fundamental, especialmente en el período de desarrollo. Y es que este tipo de acciones permiten ejercer y entrenar nuestro cuerpo y nuestra mente y desarrollar diferentes capacidades como la cognición, la psicomotricidad y la comunicación entre individuos. En los seres humanos el juego ayuda a disminuir el nivel de tensión y aumenta la capacidad de vincularnos a nuestro entorno, siendo de ayuda para aprender a relacionarnos y a la vez aplicar y mejorar nuestras habilidades cognitivas, emocionales y sociales. Además de ello permite que expresemos los contenidos de nuestra mente como por ejemplo cosas que vivimos, miedos e inseguridades que se mantienen en nuestra mente, deseos e impulsos.<sup>92</sup></p> <p><b>6.- ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA:</b> El desarrollo de las capacidades cognitivas de los niños es crucial para mejorar los procesos de aprendizaje y el desempeño académico en la infancia y adolescencia. En primer lugar la plasticidad cerebral o neuroplasticidad, entendida como la capacidad del sistema nervioso para cambiar su estructura y su funcionamiento a lo largo de su vida como reacción a la diversidad del entorno. Dicho de otra forma, la plasticidad cerebral permite al cerebro, y más concretamente a sus neuronas, realizar un proceso de regeneración tanto funcional como anatómico mediante el establecimiento de nuevas conexiones sinápticas. La estimulación o entrenamiento cognitivo tiene como objetivo el aumento en el número y consolidación de estas conexiones para obtener una mejora en el funcionamiento cerebral en términos de rapidez y eficacia de la transmisión de información.<sup>93</sup></p>
--	--	--

<sup>92</sup> (Mimenza, 2015) (33)

<sup>93</sup> (www.bitbrain.com, 2018) (34)

EJECUCIÓN <sup>94</sup>	EVALUACIÓN <sup>95</sup>
<p><b>Población 3:</b> El día 7 de Abril del 2019 se aplicó a los 10 participantes seleccionados el “<b>TERMOMETRO DE LAS EMOCIONES</b>” y “<b>ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES</b>” De acuerdo al análisis, recopilación de datos necesarios y por consenso unánime se decidieron implementar las sesiones de musicoterapia, los días empleados fueron el 14, 21 y 28 de Abril del 2019 para realizar las sesiones de musicoterapia, con una duración de 10 a 15 minutos aproximadamente cada una, contando con un tiempo musical llamado “la hora de los héroes” el cuál consistía en usar un reproductor de MP3, para hacer uso de pistas y cada uno de los integrantes del grupo musical, estar caracterizado cómo un superhéroe de comics; Batman, Superman, la mujer maravilla, Robin y Spiderman, la música empleada tenía una velocidad promedio de 110 a 120 bpm, con una intensidad de aproximadamente de 50 a 65 db. Sin embargo en la última sesión se realizó una obra musical, para el entretenimiento y participación de los niños, con dinámicas y juegos.</p> <p><b>Lista de canciones interpretadas de acuerdo a la fecha de la sesión:</b></p> <p><b>1° SESIÓN: DOMINGO 14/04/2019:</b>  1.- La búsqueda del tesoro “EBDV”: Velocidad 120 bpm. Duración: 2:29 minutos  2.- Solo ama y obedece a Dios “EBDV” Velocidad 120 bpm. Duración 3:29 minutos</p> <p><b>2° SESIÓN: DOMINGO 21/04/2019:</b>  1.- Aleluya “EBDV”: Velocidad 125 bpm. Duración: 3:42 minutos  2.- Somos iguales “EBDV”: Velocidad 125 bpm. Duración: 2:40 minutos</p> <p><b>3° SESIÓN: DOMINGO 28/04/2019:</b>  1.- Somos iguales “EBDV”: Velocidad 125 bpm. Duración: 2:40 minutos  2.- Jesús es mi superhéroe “EBDV” Velocidad 130 bpm. Duración: 3:30 minutos  3.- MUSICAL “JESÚS ES MI SUPERHEROÉ”: Duración: 25 minutos</p>	<p><b>Población 3:</b> El día 28 de Abril del 2019 se aplicó nuevamente a los 10 participantes seleccionados el “<b>TERMOMETRO DE LAS EMOCIONES</b>” y “<b>ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES</b>”.</p> <p style="text-align: center;"><b>ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN (TERMOMETRO DE LAS EMOCIONES).</b></p> <p>De los 10 participantes evaluados con el “Termómetro de las emociones” en porcentajes se evidencia que el 30% de los participantes se presentaban contentos a la hora de recibir la última sesión de musicoterapia, mientras que el 60% de los participantes expresaban sentirse muy contentos, y por último el 10% de los participantes refería estar súper-contento, lo cual refleja la satisfacción total de la “población número 3” y emocionalmente felices de participar en la actividad de terapia musical. En los 9 rubros restantes no existe ningún participante que manifestara estas emociones así que por lo consiguiente se le asignó un 0%.</p> <p style="text-align: center;"><b>ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN (ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES).</b></p> <p>De los 10 participantes evaluados con la “Escala de estimación para conocer las características motrices” se realiza un análisis en relación a la “Tabla 1.1-F”, la cual permitió conocer las características motrices que reflejaron los niños y niñas en edad de cuatro a diez años de la “Iglesia Cristiana Evangélica Pentecostés Cristo la Peña de Horeb” al finalizar las sesiones de musicoterapia, se puede decir, que aumentaron a un 81.2% las condiciones motrices normales desempeñadas por los niños, quiere decir que en tres semanas hubo una tasa de aumento del 5.7%. Así mismo, los resultados permiten afirmar, que el correr (100%), mostrar control en los movimientos (100%), saltar con un pie alternándolos y mantener el equilibrio (90%) mostrar coordinación en los movimientos (90%), saltar con soltura (90%) y lanzar con seguridad (100%) son los ítems que obtuvieron un porcentaje significativo en el desempeño con normalidad llegando a ser de los más desarrollados, lo que demuestra de manera fortalecida la actividad de correr y saltar en los niños y niñas en conjunto con la terapia musical, el resultado se muestra por encima del promedio representativo y mejoró positivamente a comparación de la evaluación diagnóstica. Mientras que los ítems maneja el lápiz con precisión (30%), recorta (50%) y ata sus cordones (70%) se reflejaron como los más débiles, pues el porcentaje de manejo se muestra dominante en la manera regular del desempeño de estas actividades y no en la manera normal de hacerlo porqué está por debajo de la mayor frecuencia, sin embargo el aumento en el ítem del 20% en atarse los cordones, es un resultado positivo ya que es una habilidad motora fina. Los resultados obtenidos de manera general en el análisis de las características motrices pudo reflejar el aumento estadísticos en las habilidades que ahora se desempeñan de una manera más efectiva que al inicio de la aplicación de la musicoterapia en combinación con la ludo terapia, el plan de actividades físicas mediante el juego es una manera efectiva para el desarrollo de habilidades en los primeros años de vida y se usó en este trabajo como una alternativa para el fortalecimiento del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 4 a 10 años, obteniendo así resultados satisfactorios.</p>

<sup>94</sup> (NIC, INTERNACIONAL, 2009, págs. 705, 639, 465, 502, 740, 375) (37)

<sup>95</sup> (NOC, 2009, pág. 557) (38)

## **APLICACIÓN DE LAS SESIONES DE MUSICOTERAPIA (DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO):**

Se llevaron a cabo tres sesiones por cada grupo muestra:

**POBLACIÓN 1:** Los días empleados fueron el 14, 21 y 28 de Abril del 2019 para realizar las sesiones de musicoterapia, con una duración de sesenta minutos aproximadamente cada una, contando con dos tiempos musicales; el primer tiempo llamado alabanza, cuya música contaba con una velocidad promedio de 120 bpm hasta 150 bpm aproximadamente, con una intensidad de aproximadamente de 95 a 110 db. El segundo tiempo musical es llamado adoración, las características musicales empleadas por lo general van de una velocidad de 70 bpm hasta 100 bpm aproximadamente de 70 a 100 db.

Lista de canciones interpretadas de acuerdo a la fecha de la sesión:

### **1° SESIÓN: DOMINGO 14/04/2019:**

- 1.- Correré "Hillsong": Velocidad: 138 bpm. Duración: 3:22 minutos
- 2.- Como en el cielo "Elevation Worship": Velocidad 139 bpm. Duración: 8:19 minutos
- 3.- Way Maker "Elevation Worship": Velocidad: 64 bpm. Duración: 6:41 minutos
- 4.- Digno "Marco Brunet": Velocidad: 130 bpm. Duración: 7:24 minutos
- 5.- Al que está sentado en el trono "Marcos Brunet": Velocidad: 65 bpm. Duración: 8:06 minutos
- 6.- En esto creo "Hillsong": Velocidad: 71 bpm. Duración: 6:56 minutos

### **2° SESIÓN: DOMINGO 21/04/2019:**

- 1.-Hossana al rey de salvación. "Marco Barrientos": Velocidad: 148 bpm. Duración: 5:36 minutos
- 2.-Amor sin condición. "Marco Barrientos": Velocidad: 144 bpm. Duración: 6:19 minutos

3.-Preciosa sangre. “Julio Melgar”: Velocidad: 140 bpm. Duración 4:59

4.-Gracia Sublime. “En espíritu y verdad”: Velocidad: 143 bpm. Duración: 5:10 minutos

5.-Abba Padre. “Conquistando fronteras”: Velocidad: 57 bpm. Duración: 6:25 minutos

### **3° SESIÓN: DOMINGO 28/04/2019:**

1.- Le llaman Guerrero “Juan Carlos Alvarado”: Velocidad: 150 bpm. Duración: 1:15 minutos

2.- Jehová es mi guerrero “Juan Carlos Alvarado”: Velocidad: 150 bpm. Duración: 1:15 minutos

3.- Eres señor vencedor “Juan Carlos Alvarado”: Velocidad: 148 bpm. Duración: 4:18 minutos

4.- Rey vencedor “Miel San Marcos”: Velocidad: 150 bpm. Duración: 3:40 minutos

5.- Fiesta “Miel San Marcos”: Velocidad: 155 bpm. Duración: 4:16 minutos

6.- Viene ya “Miel San Marcos”: Velocidad: 150 bpm. Duración 3:51 minutos

7.- Exaltado estás “Miel San Marcos”: Velocidad: 75 bpm. Duración: 6:04 minutos

8.- Santo “En espíritu y verdad”: Velocidad: 120 bpm. Duración: 3:58 minutos

9.- Es más que palabras “Marcos Witt”: Velocidad: 100 bpm. Duración: 4:26 minutos

**POBLACIÓN 2:** Los días empleados fueron el 13, 20 y 27 de Abril del 2019 para realizar las sesiones de musicoterapia, con una duración de sesenta minutos aproximadamente cada una, contando con dos tiempos musicales, siguiendo el mismo modelo que en la población anterior; el primer tiempo llamado alabanza, cuya música contaba con una velocidad promedio de 120 bpm hasta 150 bpm aproximadamente, con una intensidad de aproximadamente de 95 a 110 db. El segundo tiempo musical es llamado adoración, las características musicales

empleadas por lo general van de una velocidad de 90 bpm hasta 105 bpm aproximadamente de 70 a 100 db.

Lista de canciones interpretadas de acuerdo a la fecha de la sesión:

**1° SESIÓN: SÁBADO 13/04/2019:**

1.- Voy cantando "Conquistando fronteras": Velocidad: 140 bpm. Duración: 6:27 minutos

2.- Te doy gloria "En espíritu y verdad": Velocidad: 136 bpm. Duración: 4:28 minutos

3.- En tu luz "En espíritu y verdad": Velocidad: 134 bpm. Duración: 5:47 minutos

4.- Grande y fuerte "Miel San Marcos": Velocidad: 150 bpm. Duración: 3:20 minutos

5.- En tu presencia "En espíritu y en verdad": Velocidad: 154 bpm. Duración 9:46 minutos

6.- En totalidad a ti "Vino nuevo": Velocidad: 115 bpm. Duración: 6:04 minutos

7.- Creo en ti "Julio Melgar": Velocidad: 70 bpm. Duración: 6:57 minutos

8.- Cielo y tierra "Conquistando fronteras": Velocidad: 72 bpm. Duración: 6:33 minutos

**2° SESIÓN: SÁBADO 20/04/2019:**

1.- Para Exaltarte "Hillsong": Velocidad: 139 bpm. Duración: 4:02 minutos

2.- Generación que danza "En espíritu y verdad": Velocidad: 140 bpm. Duración: 4:44 minutos

3.- Quien es el rey de gloria "Marco Barrientos": Velocidad: 98 bpm. Duración: 11:45 minutos

4.- Un viaje largo "Marcela Gándara": Velocidad: 130 bpm. Duración: 3:44 minutos

5.- Creo en ti "Julio melgar": Velocidad: 70 bpm. Duración: 6:57

### **3° SESIÓN: SÁBADO 27/04/2019:**

1.- No puedo callar “En espíritu y verdad”: Velocidad: 127 bpm. Duración: 4:39 minutos

2.- Te doy gloria “En espíritu y verdad”: Velocidad: 136 bpm. Duración: 4:27 minutos

3.- Gracia sublime “En espíritu y verdad”: Velocidad: 99 bpm. Duración: 5:15 minutos

4.- Preciosa sangre “Julio Melgar”: Velocidad: 140 bpm. Duración: 4:59 minutos

5.- Arboles junto al río “Fernel Monroy”: Velocidad: 133 bpm. Duración: 4:31 minutos

**POBLACIÓN 3:** Los días empleados fueron el 14, 21 y 28 de Abril del 2019 para realizar las sesiones de musicoterapia, con una duración de 10 a 15 minutos aproximadamente cada una, contando con un tiempo musical llamado “la hora de los héroes” el cuál consistía en usar un reproductor de MP3, para hacer uso de pistas y cada uno de los integrantes del grupo musical, estar caracterizado cómo un superhéroe de comics; Batman, Superman, la mujer maravilla, Robin y Spiderman, la música empleada tenía una velocidad promedio de 110 a 120 bpm, con una intensidad de aproximadamente de 50 a 65 db. Sin embargo en la última sesión se realizó una obra musical, para el entretenimiento y participación de los niños, con dinámicas y juegos.

Lista de canciones interpretadas de acuerdo a la fecha de la sesión:

### **1° SESIÓN: DOMINGO 14/04/2019:**

1.- La búsqueda del tesoro “EBDV”: Velocidad 120 bpm. Duración: 2:29 minutos

2.- Solo ama y obedece a Dios “EBDV” Velocidad 120 bpm. Duración 3:29 minutos

### **2° SESIÓN: DOMINGO 21/04/2019:**

1.- Aleluya “EBDV”: Velocidad 125 bpm. Duración: 3:42 minutos

2.- Somos iguales “EBDV”: Velocidad 125 bpm. Duración: 2:40 minutos

### **3° SESIÓN: DOMINGO 28/04/2019:**

1.- Somos iguales “EBDV”: Velocidad 125 bpm. Duración: 2:40 minutos

2.- Jesús es mi superhéroe “EBDV”: Velocidad 130 bpm. Duración: 3:30 minutos

3.- MUSICAL “JESÚS ES MI SUPERHEROÉ”: Duración: 25 minutos

### **CONCLUSIONES**

La musicoterapia utilizada para la elaboración de éste trabajo es otro tipo de procedimientos de carácter más intuitivo, muy accesible y que ha sido conocida y utilizada desde la antigüedad tanto por las civilizaciones orientales como en el mundo occidental: baños relajantes, masajes, calor-frío, sol, medidas físicas para controlar la temperatura.

Sin embargo durante el desarrollo se presentaron 3 elementos de gran importancia para poder ejecutar de manera adecuada ésta técnica terapéutica:

1. Que sea perteneciente a la cultura, para tener experiencias recuerdos y aprendizaje significativo.
2. Que el nivel de sonido sea el más cómodo para cada persona.
3. Que la interpretación musical y el aparato reproductor sean de la mejor calidad posible.

La actual concepción multidimensional de la salud que requiere un abordaje multidisciplinar justifica ampliamente la contribución de esta disciplina. Del mismo modo los cuidados enfermeros entendidos como procesos integrales e individuales pueden enriquecerse de las aportaciones de la Musicoterapia. La música no puede ser considerada como banal y accesorio por parte de las enfermeras, sino como un recurso fundamental, como un lenguaje insustituible para facilitar las experiencias de salud-enfermedad que compartimos con las personas que cuidamos.<sup>96</sup>

---

<sup>96</sup> (Almansa, 2003, pág. 7) (3)

La musicoterapia es una técnica terapéutica de plena actualidad, cuyo interés crece progresivamente, **porque responde a la crisis existente en nuestra sociedad en el área de la vida emocional del ser humano** y por consecuente en la educación emocional de los niños, adolescentes y adultos, por ésta razón es viable hacer uso de ella tanto en el área preventiva, así como en la terapéutica curativa porque actúa de un modo inmediato de éste modo afecta al ser humano en su totalidad, biológica, física, neurológica, psicológica, social y espiritual pues llega a todos, por qué no requiere intelectualización para ser percibida y nos afecta incluso ya antes de nacer.<sup>97</sup>

La música es un patrón curativo del cuál la humanidad se ha servido desde siempre para ayudar a: Eliminar tensiones, paliar carencias afectivas, es el medio para unir a las personas, el medio para acercarse a Dios, el medio para expresar el dolor de la muerte o la pérdida de un ser querido, la expresión ternura en las canciones de cuna, el amor en las canciones románticas y el coraje de las marchas guerreras.

---

<sup>97</sup> (Tolentino, 2011, pág. 61) (22)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Ruggero A. alerruggero.com. [Online].; 2011 [cited 2019 Marzo 21]. Available from: <http://aleruggero.com/wp-content/uploads/2011/01/Musicoterapia-Conceptos-generales-y-aplicaciones-terap%C3%A9uticas.pdf>.
- 2 Puig M, Lluch M. deposit.ub.edu. [Online].; 2012 [cited 2019 Marzo 23]. Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33663/1/599557.pdf>.
- 3 Almansa P. www.um.es/global/. [Online].; 2003 [cited 2019 Marzo 21]. Available from: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/23914/1/665-3093-2-PB.pdf>.
- 4 Inter-Social. www.intersocial.net. [Online].; 2002 [cited 2019 Marzo 21]. Available from: [http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/24L\\_musicoterapia2002.pdf](http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/24L_musicoterapia2002.pdf).
- 5 Gutiérrez B, Álvarez N, Alba F. www.um.es/global/. [Online].; 2007 [cited 2019 Marzo 21]. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mhP4xkZ3tfIJ:revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/254/210+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx>.
- 6 Ramirez J. www.lifeder.com. [Online].; 2018 [cited 2019 Marzo 23]. Available from: <https://www.lifeder.com/necesidades-virginia-henderson/>.
- 7 Gragera T. Enfemenino.com. [Online].; 2017 [cited 2019 Abril 10]. Available from: <https://www.onmeda.es/enfermedades-mentales/pensamientos-suicidas-autoy-uda.html>.
- 8 DIVERSIDAD EPDL. EL PLANETARIO DE LA DIVERSIDAD. [Online].; 2018 [cited 2019 Abril 11]. Available from: <https://elplanetariodeladiversidad.wordpress.com/2016/03/08/el-termometro-de-las-emociones/>.
- 9 Pérez SJA. monografias.com. [Online].; 2006 [cited 2019 Abril 12]. Available from: <https://www.monografias.com/trabajos108/propuesta-actividades-fisicas-y-juegos-desarrollo-psicomotor-ninos-y-ninas/propuesta-actividades-fisicas-y-juegos-desarrollo-psicomotor-ninos-y-ninas.shtml>.
- 10 www.uv.es. www.uv.es. lisis instrumentos de funcionamiento familiar. [Online].; 2010 [cited 2019 Abril 11]. Available from: <https://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>.
- 11 Escurdia JMSd. www.salud.gob.mx. [Online].; 2005 [cited 2019 Abril 15]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>.

- 1 Secretaría de Salud. www.gob.mx. [Online].; 2013-2018 [cited 2019 Abril 15].  
2 Available from: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud\\_Mental.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf).
- 1 www.ULPGC.es. www.ULPGC.es. [Online].; 2015 [cited 2019 Abril 20]. Available  
3 from: [www.ulpgc.es/hege/almacen/download/4/4467/Necesidad de evitar los peligro  
s.doc](http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/4/4467/Necesidad_de_evitar_los_peligros.doc).
- 1 Ruiz aH. blogcrea.imserso.es. [Online].; 2017 [cited 2019 Abril 20]. Available  
4 from: [https://blogcrea.imserso.es/prevencion-de-accidentes-en-el-hogar-  
importancia-de-la-prevencion-y-caidas/](https://blogcrea.imserso.es/prevencion-de-accidentes-en-el-hogar-importancia-de-la-prevencion-y-caidas/).
- 1 ULPGC. www.ULPGC.es. [Online].; 2015 [cited 2019 Abril 20]. Available from:  
5 [www.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo\\_archivo=4474](http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4474).
- 1 Corbin JA. psicologiaymente.com. [Online].; 2019 [cited 2019 Abril 20]. Available  
6 from: <https://psicologiaymente.com/psicologia/importancia-expresar-emociones>.
- 1 ULPGC. www.ULPGC.es. [Online].; 2015 [cited 2019 Abril 20]. Available from:  
7 [https://www.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo\\_archivo=4463](https://www.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4463).
- 1 www.ULPGC.es. [Online].; 2015 [cited 2019 Abril 20]. Available from:  
8 [www.ulpgc.es/hege/almacen/download/4/4475/Necsidad de recreo.doc](http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/4/4475/Necsidad_de_recreo.doc).
- 1 Bericat E. www.sagepub.net. [Online].; 2012 [cited 2019 Abril 25]. Available from:  
9 <http://www.sagepub.net/isa/resources/pdf/Emociones.pdf>.
- 2 www.psicoadapta.es. www.psicoadapta.es. [Online].; 2017 [cited 2019 Abril 26].  
0 Available from: <https://www.psicoadapta.es/blog/que-es-una-emocion/>.
- 2 Vitón RT. [Online].; 2015 [cited 2019 Abril 27]. Available from:  
1 [https://www.monografias.com/trabajos104/desarrollo-habilidades-motrices-  
ninos/desarrollo-habilidades-motrices-ninos.shtml](https://www.monografias.com/trabajos104/desarrollo-habilidades-motrices-ninos/desarrollo-habilidades-motrices-ninos.shtml).
- 2 Tolentino AZ. www.academia.edu. [Online].; 2011 [cited 2019 Abril 27]. Available  
2 from: [https://www.academia.edu/10604312/TESIS\\_DE\\_MUSICOTERAPIA](https://www.academia.edu/10604312/TESIS_DE_MUSICOTERAPIA).
- 2 Quesada A. redsocial.reducta.net. [Online].; 2017 [cited 2019 Abril 29]. Available

- 3 from: <https://redsocal.rededuca.net/la-importancia-y-el-valor-de-la-musicoterapia>.
- 2 Flórez MLF. encolombia.com. [Online].; 2000 [cited 2019 Abril 29]. Available from: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-42/comodidad-del-paciente-hospitalizado/>.
- 2 Micheline Miranda Braga VCCC. www.index-f.com. [Online].; 2012 [cited 2019 5 Abril 29]. Available from: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RyO\\_doa0YMMJ:www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RyO_doa0YMMJ:www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx).
- 2 Aarón Muñoz Devesa IMM. scielo.isciii.es. [Online].; 2014 [cited 2019 Abril 29]. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000200008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008).
- 2 Yoffe L. www.unife.edu. [Online].; 2012 [cited 2019 Abril 29]. Available from: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/avances2012/laurayoffe.pdf>.
- 2 Frausto MG. www.fluvium.org. [Online].; 2015 [cited 2019 Abril 29]. Available from: <http://www.fluvium.org/textos/familia/fam317.htm>.
- 2 blog.uvm.mx. blog.uvm.mx. [Online].; 2017 [cited 2019 Abril 29]. Available from: <https://blog.uvm.mx/para-que-sirve-la-terapia-familiar>.
- 3 S. AM. revistas.javeriana.edu.com. [Online].; 2002 [cited 2019 Abril 29]. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/teoxaveriana/article/view/20947/16267>.
- 3 Vargas NIT. revistas.anul.edu.com. [Online].; 2002 [cited 2019 Abril 29]. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/download/16356/17283>.
- 3 www.fundacioncadah.org. www.fundacioncadah.org. [Online].; 2011 [cited 2019 2 Abril 29]. Available from: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/como-manejar-la-impulsividad-de-los-ninos-hiperactivos-en-el-aula.html>.
- 3 Mimenza OC. psicologiaymente.com. [Online].; 2015 [cited 2019 Abril 29]. Available from: <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-de-juego>.
- 3 www.bitbrain.com. www.bitbrain.com. [Online].; 2018 [cited 2019 Abril 29]. Available from: <https://www.bitbrain.com/es/blog/que-es-estimulacion-cognitiva>.

.  
3 www.e-nquest.com. www.e-nquest.com. [Online].; 2018 [cited 2019 Abril 29].  
5 Available from: <https://www.e-nquest.com/metodos-de-recogida-de-datos/>.

.  
3 NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y  
6 clasificación 2015-2017. 20152017th ed. T. Heather Herdman PR, editor.  
. Barcelona, España: Elsevier; 2015.

3 NIC, INTERNACIONAL. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).  
7 Quinta Edición ed. Bulechek GM, editor. Barcelona, España: Elsevier; 2009.

.  
3 NOC, INTERNACIONAL. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).  
8 Cuarta Edición ed. Moorhead S, editor. Barcelona, España: Elsevier; 2009.  
.

## ANEXOS DE LA VALORACIÓN

### EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

#### RESULTADOS DE LA ESCALA DE BECK "POBLACIÓN 1":

SUJETO 1: MICHEL ASTRID VÁZQUEZ

EDAD: 28 AÑOS

RESULTADO DIAGNÓSTICO: **5 PUNTOS (LEVE DESESPERANZA)**

RESULTADO DE EVALUACIÓN: **4 PUNTOS (LEVE DESESPERANZA)**

SUJETO 2: RUMUALDO EVANGELISTA FAURRIETA

EDAD: 55 AÑOS

RESULTADO DIAGNÓSTICO: **4 PUNTOS (LEVE DESESPERANZA)**

RESULTADO DE EVALUACIÓN: **1 PUNTO (NORMALIDAD)**

SUJETO 3: ANA CERECEDO CERECEDO

EDAD: 60 AÑOS

RESULTADO DIAGNÓSTICO: **8 PUNTOS (LEVE DESESPERANZA)**

RESULTADO DE EVALUACIÓN: **5 PUNTOS (LEVE DESESPERANZA)**

SUJETO 4: LUCIA GUTIERREZ NUÑEZ

EDAD: 77 AÑOS

RESULTADO DIAGNÓSTICO: **1 PUNTO (NORMALIDAD)**

RESULTADO DE EVALUACIÓN: **1 PUNTO (NORMALIDAD)**

**SUJETO 5: JACQUELINE OLIVARES MARTINEZ**

**EDAD: 20 AÑOS**

**RESULTADO DIAGNÓSTICO: 1 PUNTO (NORMALIDAD)**

**RESULTADO DE EVALUACIÓN: 1 PUNTO (NORMALIDAD)**

**SUJETO 6: JOVITA MENESES LÓPEZ**

**EDAD: 64 AÑOS**

**RESULTADO DIAGNÓSTICO: 5 PUNTOS (LEVE DESESPERANZA)**

**RESULTADO DE EVALUACIÓN: 3 PUNTOS (NORMALIDAD)**

**SUJETO 7: AURELIA ARAUJO DÍAZ**

**EDAD: 69 AÑOS**

**RESULTADO DIAGNÓSTICO: 1 PUNTO (NORMALIDAD)**

**RESULTADO DE EVALUACIÓN: 1 PUNTO (NORMALIDAD)**

**SUJETO 8: ARELI BETSABE DÍAS YAMS**

**EDAD: 26 AÑOS**

**RESULTADO DIAGNÓSTICO: 2 PUNTOS (NORMALIDAD)**

**RESULTADO DE EVALUACIÓN: 2 PUNTOS (NORMALIDAD)**

**SUJETO 9: HERMINIA QUINTANA ARAUJO**

**EDAD: 51 AÑOS**

**RESULTADO DIAGNÓSTICO: 7 PUNTOS (LEVE DESESPERANZA)**

**RESULTADO DE EVALUACIÓN: 4 PUNTOS (LEVE DESESPERANZA)**

**SUJETO 10: EDUARDO ERICK RESENDIZ RINCON**

**EDAD: 28 AÑOS**

**RESULTADO DIAGNÓSTICO: 1 PUNTO (NORMALIDAD)**

**RESULTADO DE EVALUACIÓN: 1 PUNTO (NORMALIDAD)**

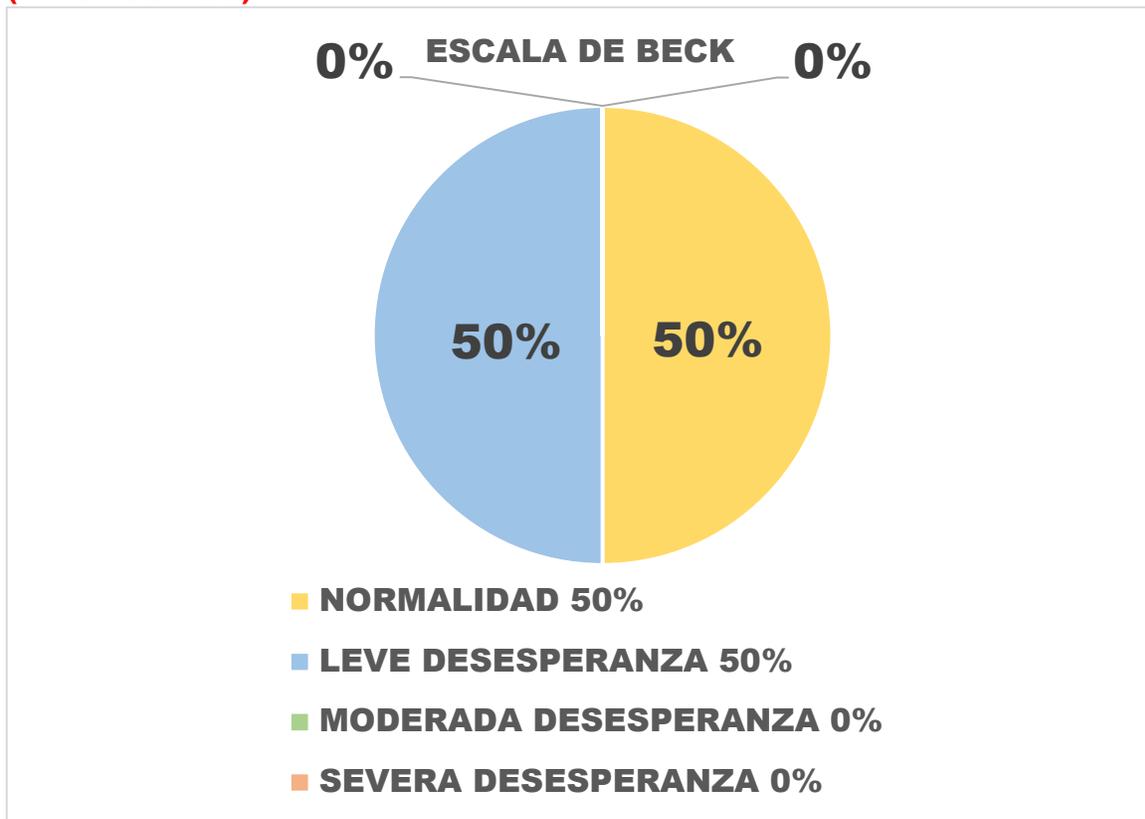
**TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**  
**DIAGNÓSTICOS DE LA “ESCALA DE BECK”**

Los resultados obtenidos de la aplicación de los reactivos psicológicos fueron analizados, mediante la estadística básica, los resultados fueron representados en porcentajes mediante cuadros y gráficos, para elaborar las conclusiones y recomendaciones de este trabajo.

**CUADRO 1-A: CUESTIONARIO ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (DIAGNÓSTICO).**

<b>CUESTIONARIO ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK</b>		
<b>INDICADOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Normalidad (0-3)</b>	<b>5</b>	<b>50%</b>
<b>Leve desesperanza (4-8)</b>	<b>5</b>	<b>50%</b>
<b>Moderada desesperanza (9-14)</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Severa desesperanza (15-20)</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO Nº 2-A CUESTIONARIO “ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK” (DIAGNÓSTICO).**



**ANÁLISIS DIAGNÓSTICO (ESCALA DE BECK)**

De los 10 participantes evaluados con el cuestionario de la escala de desesperanza de Beck en porcentajes se evidencia que el 50% presenta una esperanza normal, mientras que el otro 50% de los participantes expresan tener una leve desesperanza, y finalmente en los últimos dos rubros no existe ningún participante que manifieste moderada desesperanza o severa desesperanza obteniendo un 0%.

**INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA (ESCALA DE BECK)**

La Escala de Desesperanza de Beck es un cuestionario autoadministrado que valora la actitud de la persona ante su bienestar y sus expectativas futuras. La

Escala de Desesperanza de Beck evalúa el factor afectivo (sentimientos de futuro), el motivacional (pérdida o no de motivación) y el cognitivo (expectativas de futuro).

Sus resultados indican la severidad de la desesperanza de una persona, lo que puede ser un factor de riesgo de pensamientos suicidas e intentos autolíticos. Para realizarla, hay que contestar verdadero o falso a 20 preguntas. Cómo podemos observar el 50% de los participantes obtuvo un resultado de normalidad, lo que nos quiere decir que poseen esperanza, por lo tanto el factor afectivo, motivacional y cognitivo no tienen una repercusión negativa, se encuentran en un estado de equilibrio, lo cual les permite tener una visión clara y exitosa de su futuro con respecto a su persona. Sin embargo el otro 50% de los participantes obtuvieron un resultado en la escala de “leve desesperanza”, lo cual nos habla de un desequilibrio en las áreas afectivas, motivacional y cognitiva, en donde ciertas circunstancias han propiciado que su nivel de esperanza disminuya con respecto al alcance de logros, metas y una visión exitosa a futuro sobre sus personas. Puede ser debido al factor económico, laboral o social el cuál no permite abrir un espacio y así poder ocuparse de la misma persona a nivel emocional.

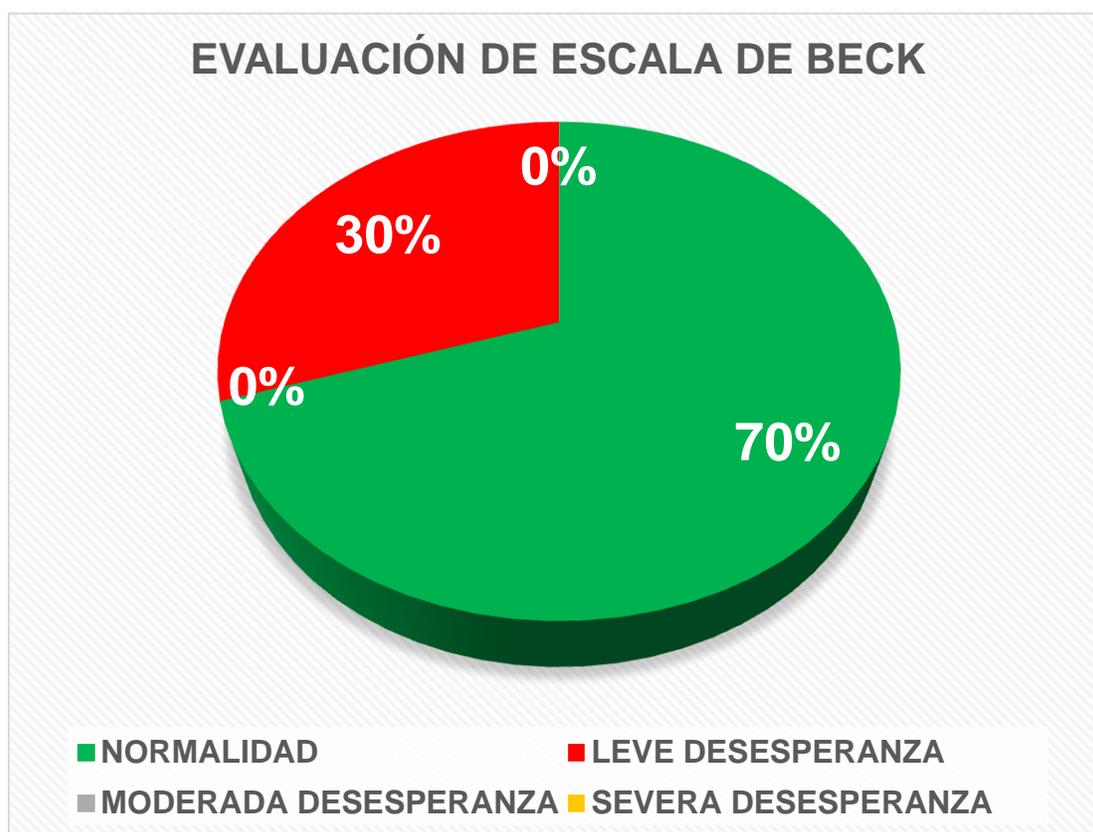
### **TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS EN LA EVALUACIÓN DE LA “ESCALA DE BECK”**

Los resultados obtenidos de la aplicación en la fase de evaluación de los reactivos psicológicos fueron analizados, mediante la estadística básica, los resultados fueron representados en porcentajes mediante cuadros y gráficos, para elaborar las conclusiones y recomendaciones de este trabajo respecto a la funcionalidad de la musicoterapia.

**CUADRO 1.1-A: ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (EVALUACIÓN).**

CUESTIONARIO ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK		
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normalidad (0-3)	7	70%
Leve desesperanza (4-8)	3	30%
Moderada desesperanza (9-14)	0	0%
Severa desesperanza (15-20)	0	0%
Total	10	100%

**GRÁFICO Nº 2.1-A “ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK”  
(DIAGNÓSTICO).**



## **ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN (ESCALA DE BECK)**

De los 10 participantes evaluados con el cuestionario de la escala de desesperanza de Beck en porcentajes se evidencia que el 70% presenta una esperanza normal, mientras que el otro 30% de los participantes expresan tener una leve desesperanza, y finalmente en los últimos dos rubros no existe ningún participante que manifieste moderada desesperanza o severa desesperanza obteniendo un 0%.

## **INTERPRETACIÓN DE LA EVALUACIÓN (ESCALA DE BECK)**

Cómo ya lo hemos mencionado anteriormente la Escala de Desesperanza de Beck es un cuestionario autoadministrado que valora la actitud de la persona ante su bienestar y sus expectativas futuras. La Escala de Desesperanza de Beck evalúa el factor afectivo (sentimientos de futuro), el motivacional (pérdida o no de motivación) y el cognitivo (expectativas de futuro).

Sus resultados indican la severidad de la desesperanza de una persona, lo que puede ser un factor de riesgo de pensamientos suicidas e intentos autolíticos. Cómo podemos observar en la evaluación se refleja un aumento al 70% en el resultado de participantes que obtuvo un nivel de normalidad en la escala, lo que nos quiere decir que poseen esperanza, por lo tanto el factor afectivo, motivacional y cognitivo no tienen una repercusión negativa, se encuentran en un estado de equilibrio, lo cual les permite tener una visión clara y exitosa de su futuro con respecto a su persona, lo cual nos lleva a concluir que la musicoterapia aumento un 20% en la población el nivel de esperanza. Sin embargo el 30% de los participantes obtuvieron un resultado en la escala de “leve desesperanza”, lo cual nos habla de un desequilibrio en las áreas afectivas, motivacional y cognitiva, en donde ciertas circunstancias han propiciado que su nivel de esperanza disminuya con respecto al alcance de logros, metas y una visión exitosa a futuro sobre sus personas. Concluimos que es debido al factor económico, laboral o social el cuál no permite abrir un espacio y así poder ocuparse de la misma persona a nivel emocional, sin embargo ha disminuido en un 20% el nivel de desesperanza, lo cual indica que la musicoterapia impactar la vida de la gente a nivel emocional.

**RESULTADOS TEST1: CESF, TEST2: CAF, TEST3: CSF “POBLACIÓN 2”:**

**SUJETO 1: JAZMIN OLIVARES MARTINEZ**

**EDAD: 20 AÑOS**

**RESULTADO 1 “CESF” DIAGNÓSTICO: 54 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 1 “CESF” EVALUACIÓN: 67 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 2 “CAF” DIAGNÓSTICO: 55 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” EVALUACIÓN: 60 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 3 “CSF” DIAGNÓSTICO: 46 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 3 “CSF” EVALUACIÓN: 49 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**SUJETO 2: DANIEL NAVARRO QUINTANA**

**EDAD: 19 AÑOS**

**RESULTADO 1 “CESF” DIAGNÓSTICO: 48 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 1 “CESF” EVALUACIÓN: 52 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” DIAGNÓSTICO: 58 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” EVALUACIÓN: 52 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 3 “CSF” DIAGNÓSTICO: 40 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 3 “CSF” EVALUACIÓN: 44 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**SUJETO 3: DIANA ALCANTARA TREJO**

**EDAD: 32 AÑOS**

**RESULTADO 1 “CESF” DIAGNÓSTICO: 67 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 1 “CESF” EVALUACIÓN: 71 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 2 “CAF” DIAGNÓSTICO: 71 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 2 “CAF” EVALUACIÓN: 75 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 3 “CSF” DIAGNÓSTICO: 53 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 3 “CSF” EVALUACIÓN: 56 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**SUJETO 4: BRENDA YOSELIN FLORES MARTINEZ**

**EDAD: 20 AÑOS**

**RESULTADO 1 “CESF” DIAGNÓSTICO: 56 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 1 “CESF” EVALUACIÓN: 50 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” DIAGNÓSTICO: 66 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” EVALUACIÓN: 52 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 3 “CSF” DIAGNÓSTICO: 39 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 3 “CSF” EVALUACIÓN: 41 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**SUJETO 5: MOISES QUINTANA SANCHEZ**

**EDAD: 14 AÑOS**

**RESULTADO 1 “CESF” DIAGNÓSTICO: 52 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 1 “CESF” EVALUACIÓN: 60 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” DIAGNÓSTICO: 53 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” EVALUACIÓN: 49 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 3 “CSF” DIAGNÓSTICO: 43 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 3 “CSF” EVALUACIÓN: 59 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**SUJETO 6: FERNANDO GUTIERREZ COLIN**

**EDAD: 17 AÑOS**

**RESULTADO 1 “CESF” DIAGNÓSTICO: 45 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 1 “CESF” EVALUACIÓN: 58 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” DIAGNÓSTICO: 46 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” EVALUACIÓN: 64 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 3 “CSF” DIAGNÓSTICO: 36 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 3 “CSF” EVALUACIÓN: 46 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**SUJETO 7: PEDRO DAVID DÍAZ YAMS**

**EDAD: 28 AÑOS**

**RESULTADO 1 “CESF” DIAGNÓSTICO: 60 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 1 “CESF” EVALUACIÓN: 64 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” DIAGNÓSTICO: 60 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” EVALUACIÓN: 66 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 3 “CSF” DIAGNÓSTICO: 49 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 3 “CSF” EVALUACIÓN: 55 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**SUJETO 8: JOEL URBIZO DELGADO**

**EDAD: 29 AÑOS**

**RESULTADO 1 “CESF” DIAGNÓSTICO: 64 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 1 “CESF” EVALUACIÓN: 69 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” DIAGNÓSTICO: 69 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” EVALUACIÓN: 54 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 3 “CSF” DIAGNÓSTICO: 51 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 3 “CSF” EVALUACIÓN: 56 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**SUJETO 9: ISAAC HERNANDEZ TREJO**

**EDAD: 20 AÑOS**

**RESULTADO 1 “CESF” DIAGNÓSTICO: 64 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 1 “CESF” EVALUACIÓN: 67 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 2 “CAF” DIAGNÓSTICO: 60 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” EVALUACIÓN: 64 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 3 “CSF” DIAGNÓSTICO: 57 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**RESULTADO 3 “CSF” EVALUACIÓN: 55 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

**SUJETO 10: JULIO ALEJANDRO RAMÍREZ HERNÁNDEZ**

**EDAD: 20 AÑOS**

**RESULTADO 1 “CESF” DIAGNÓSTICO: 34 PUNTOS (DEFICIENTE)**

**RESULTADO 1 “CESF” EVALUCIÓN: 43 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 2 “CAF” DIAGNÓSTICO: 35 PUNTOS (DEFICIENTE)**

**RESULTADO 2 “CAF” EVALUACIÓN: 44 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 3 “CSF” DIAGNÓSTICO: 33 PUNTOS (NORMAL)**

**RESULTADO 3 “CSF” EVALUACIÓN: 39 PUNTOS (SATISFACTORIO)**

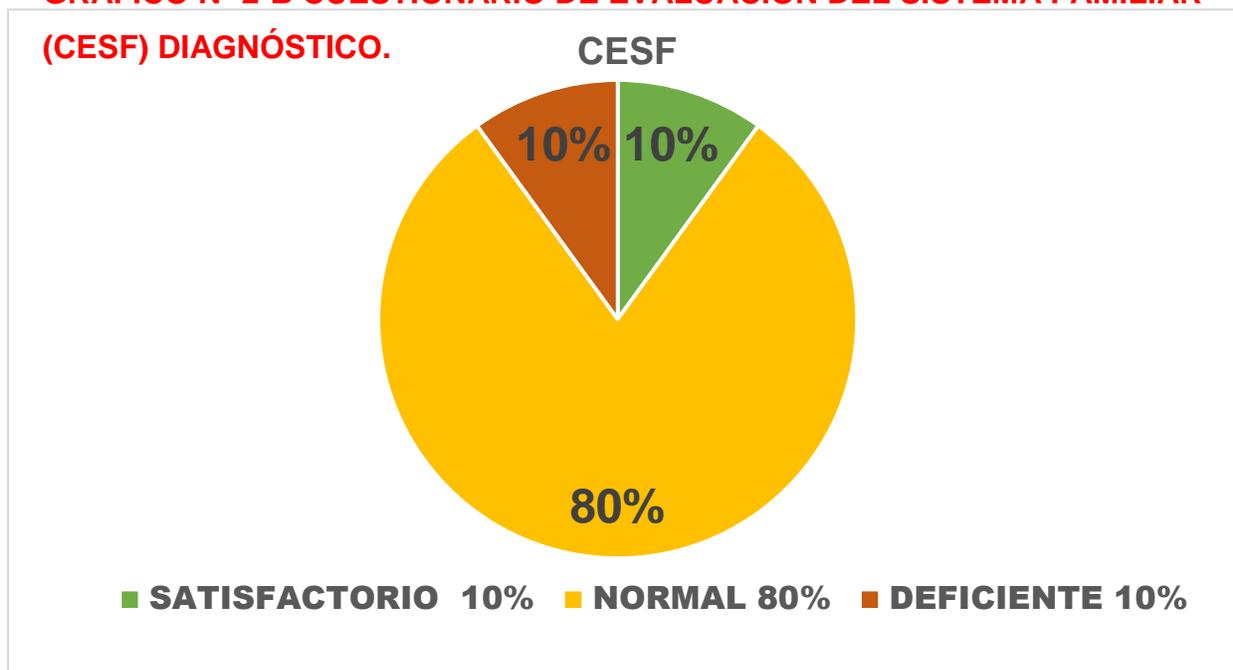
## **TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN FAMILIAR**

Los resultados obtenidos de la aplicación de los reactivos psicológicos en temas familiares fueron analizados, mediante la estadística básica, los resultados fueron representados en porcentajes mediante cuadros y gráficos, para elaborar las conclusiones y recomendaciones de este trabajo.

### **CUADRO 1-B: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR (CESF) DIAGNÓSTICO.**

<b>CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR (CESF)</b>		
<b>INDICADOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Satisfactorio</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>Normal</b>	<b>8</b>	<b>80%</b>
<b>Deficiente</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

### **GRÁFICO Nº 2-B CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR (CESF) DIAGNÓSTICO.**



## **ANÁLISIS DIAGNÓSTICO (CESF)**

De los 10 participantes evaluados con el cuestionario de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) sobre el funcionamiento familiar en porcentajes se evidencia que el 10% presenta un sistema familiar satisfactorio, mientras que un 80% de los adolescentes expresan que su sistema familiar es normal, y finalmente el 10% de participantes manifiesta un sistema familiar deficiente.

## **INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA (CESF)**

El Sistema Familiar es un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior. El funcionamiento familiar se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada por lo tanto al encontrar que el 10% de los adolescentes perciben satisfactoriamente a su sistema familiar nos refleja que no existe una homeostasis entre la vinculación y la adaptabilidad adecuada, debido a que por el factor económico, laboral proporcionan poco tiempo interfiriendo en las relaciones familiares.

Por otra parte el 80% de los participantes presentan un sistema familiar normal según Olson, son familias parcialmente potenciadoras que generan una flexibilidad y vinculación emocional equilibrada dentro de las relaciones familiares. Las mismas permiten que estas familias presenten repertorios más amplios de conducta y mayor capacidad de cambio para afrontar las crisis durante el ciclo vital familiar.

Finalmente un 10% de los participantes presentó satisfacción familiar deficiente, estas familias obstructoras, se caracterizan por una escasa flexibilidad y vinculación emocional entre sus miembros y pocos recursos familiares entre ellos: límites difusos, incumplimiento de roles y reglas, ya que los padres no ejercen un control apropiado en la disciplina y educación, debido a que sus padres dedican la

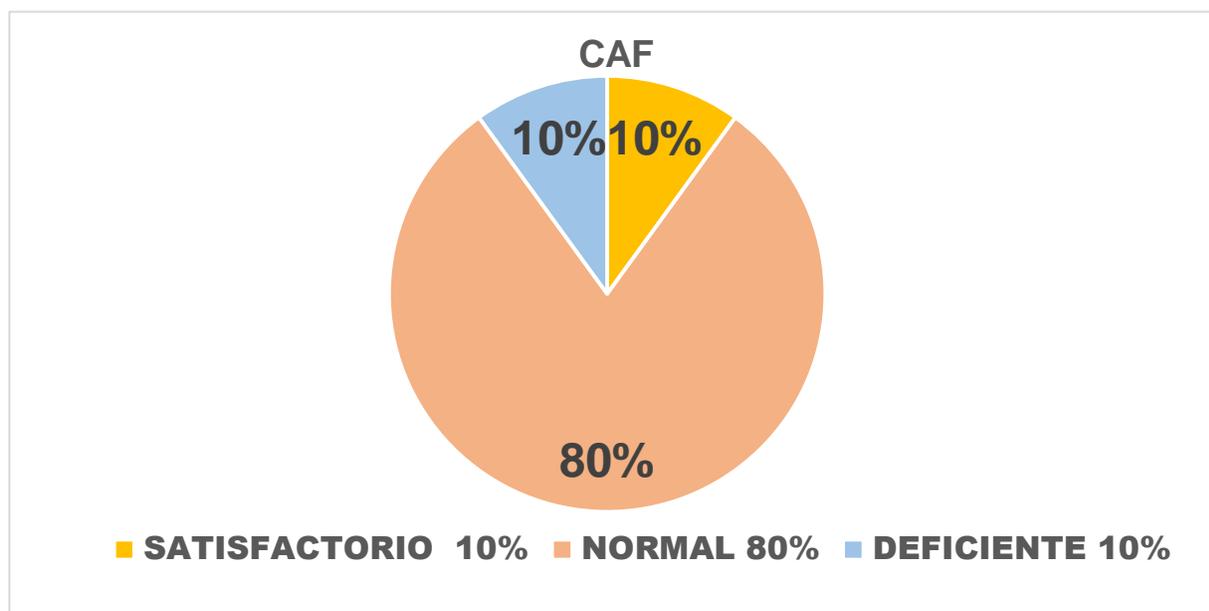
mayor parte del tiempo al trabajo en lugares lejanos y estos quedan solos sin una autoridad que los guie.

Estos problemas no solo interfieren en la funcionalidad del sistema familiar, se extiende hacia el área educativa generando dificultades al docente para manejar a los adolescentes que presentan conductas negativas.

**CUADRO 1-C: CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR (CAF)  
DIAGNÓSTICO.**

<b>CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR (CAF)</b>		
<b>INDICADOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Satisfactorio</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>Normal</b>	<b>8</b>	<b>80%</b>
<b>Deficiente</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO Nº 2-C CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR (CAF)  
DIAGNÓSTICOS**



## **ANÁLISIS DIAGNÓSTICO (CAF)**

De los 10 participantes evaluados con el cuestionario de Afrontamiento familiar (CAF) en porcentajes se evidencia que el 10% presenta un afrontamiento familiar satisfactorio, mientras que un 80% de los participantes expresan que el afrontamiento familiar es normal, y finalmente un 10% de participantes manifiestan que el afrontamiento familiar es deficiente.

## **INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA (CAF)**

Según Lázaus colaborador de Olson define al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo por lo tanto las estrategias de afrontamiento son recursos utilizados para hacer frente a las dificultades utilizando los recursos existentes, tanto propios como del entorno. De acuerdo con el cuestionario de afrontamiento familiar (CAF) aplicado a los diez participantes sólo el 10% presenta afrontamiento familiar satisfactorio que supone que los recursos, percepciones y comportamientos o patrones de respuesta ante las dificultades no se han desarrollado eficientemente o son escasas en el sistema familiar.

De los diez participantes evaluados, ocho de ellos expresan como normal el afrontamiento familiar en la que se incluye confianza entre los miembros de la familia para solucionar los problemas, capacidad de reestructuración de los problemas familiares, recursos sociales que desarrollan buenas relaciones interpersonales y resoluciones efectivas a los problemas.

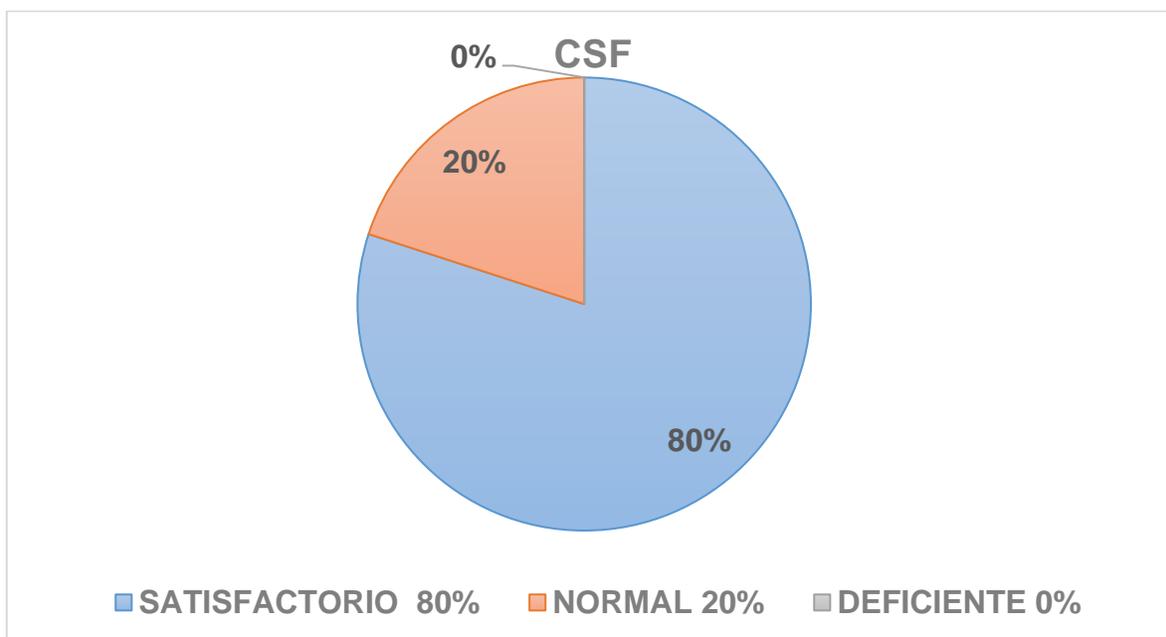
Finalmente de los diez participantes evaluados uno de ellos responden que su afrontamiento familiar es deficiente, cifra que corresponde a la minoría de los evaluados, debido a su ambiente, no poseen habilidades cognitivas, conductuales y sociales, ya que en el hogar no se han implementado y se ven reflejadas en área escolar como: baja tolerancia a la frustración, riñas entre compañeros, agresiones

físicas y verbales entre padres, bajo rendimiento académico y dificultad para relacionarse con los demás.

**CUADRO 1-D: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR (CSF) DIAGNÓSTICO.**

<b>CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR (CSF)</b>		
<b>INDICADOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Satisfactorio</b>	<b>8</b>	<b>80%</b>
<b>Normal</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
<b>Deficiente</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO Nº 2-D CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR (CSF) DIAGNÓSTICO.**



**ANÁLISIS DIAGNÓSTICO (CSF)**

De los 10 participantes evaluados con el cuestionario de Satisfacción Familiar (CSF) el 80% refiere tener un sistema de Satisfacción familiar satisfactorio, mientras que un 20% de los participantes expresan que su satisfacción familiar es

normal, y finalmente tenemos un 0% que manifiesta que su satisfacción familiar es deficiente.

### **INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA (CSF)**

Según Olson la Satisfacción familiar implica dos dimensiones, de cohesión y adaptabilidad; es definida como la habilidad del sistema para modificar las estructuras de poder, roles y las reglas de relación en respuesta al desarrollo evolutivo de la familia o en respuesta al estrés provocado por diversas situaciones de tensión familiar, mientras que la cohesión es el vínculo emocional y autonomía existente entre los miembros de la familia; incluye cercanía, compromiso familiar, individualismo y tiempo compartido, proximidad y satisfacción de las relaciones en el interior del núcleo.

De acuerdo con el cuestionario de Satisfacción familiar (CSF) aplicado a los 10 participantes, 8 de ellos manifiesta que su satisfacción familiar es satisfactorio, ya que los roles, reglas, vínculos emocionales y autonomía están equilibrados por lo tanto generan un buen funcionamiento.

Mientras que de los 10 participantes evaluados, dos de ellos expresan que la satisfacción del sistema es normal, permitiendo que la adaptabilidad y la cohesión se relacionen entre sí. Estas familias interactúan entre ellos positivamente, permiten la autonomía entre sus miembros, compromiso familiar, y proximidad.

Estas características se ven reflejadas en los adolescentes, cuando adoptan el rol de los padres, debido a sus ocupaciones laborales y su ausencia se ven forzados a adquirir responsabilidades como el cuidado a sus hermanos menores, y actividades domésticas.

Finalmente, de los diez evaluados, ninguno de ellos refieren que la satisfacción familiar es deficiente, manifestando que no hay baja cohesión y baja adaptabilidad entre la familia entre éste grupo de individuos.

Estas familias se caracterizan por: mantener relaciones emocionales negativas, violencia intrafamiliar, abandono paternal, alcoholismo, bajo rendimiento

académico y cultural, los mismos que interfieren en mantener vínculos emocionales sanos, autonomías equilibradas y roles y reglas estables.

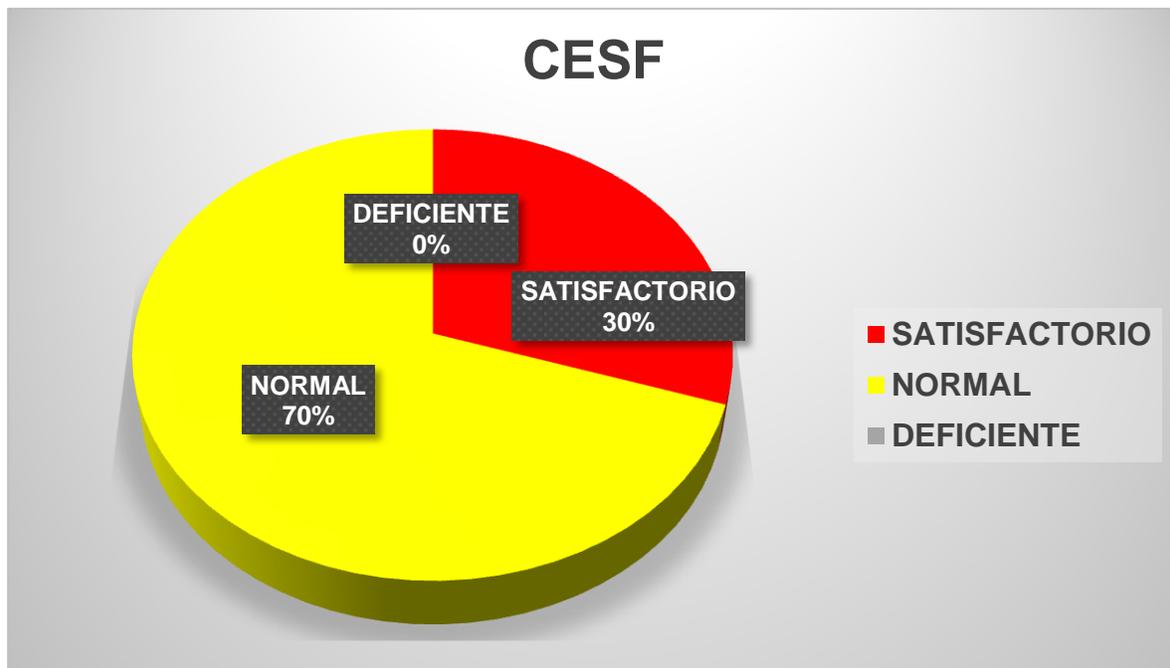
### **TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS EN LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR**

Los resultados obtenidos de la aplicación de los reactivos psicológicos en temas familiares fueron analizados, mediante la estadística básica, los resultados fueron representados en porcentajes mediante cuadros y gráficos, para elaborar las conclusiones y recomendaciones de este trabajo.

**CUADRO 1.1-B: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR (CESF) EVALUACIÓN.**

<b>CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR (CESF)</b>		
<b>INDICADOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Satisfactorio</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
<b>Normal</b>	<b>7</b>	<b>70%</b>
<b>Deficiente</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO Nº 2.1-B CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR (CESF) EVALUACIÓN.**



## **ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN (CESF)**

De los 10 participantes evaluados con el cuestionario de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) sobre el funcionamiento familiar en porcentajes se evidencia que el 30% presenta un sistema familiar satisfactorio, mientras que un 70% de los adolescentes expresan que su sistema familiar es normal, y finalmente ninguno o el 0% de participantes manifiesta un sistema familiar deficiente.

## **INTERPRETACIÓN DE LA EVALUACIÓN (CESF)**

El Sistema Familiar es un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior. El funcionamiento familiar se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada por lo tanto al encontrar en la evaluación que el 30% de los participantes perciben satisfactoriamente a su sistema familiar, refleja que no existe una homeostasis en la población entre la vinculación y la adaptabilidad adecuada, sin embargo éste sistema familiar es efectivo y el desarrollo emocional para los participantes, se lleva a cabo de una manera positiva debido a que el factor económico y laboral son estables en este tipo de relaciones familiares.

Por otra parte el 70% de los participantes presentan un sistema familiar normal según Olson, son familias parcialmente potenciadoras que generan una flexibilidad y vinculación emocional equilibrada dentro de las relaciones familiares. Las mismas permiten que estas familias presenten repertorios más amplios de conducta y mayor capacidad de cambio para afrontar las crisis durante el ciclo vital familiar, entonces se interpreta como una dirección positiva al cambio, ya que el resultado óptimo es percibir un estado familiar satisfactorio para todos los participantes en total.

Finalmente ninguno o un 0% de los participantes en la evaluación presentó satisfacción familiar deficiente, estas familias obstructoras, se caracterizan por una escasa flexibilidad y vinculación emocional entre sus miembros y pocos recursos

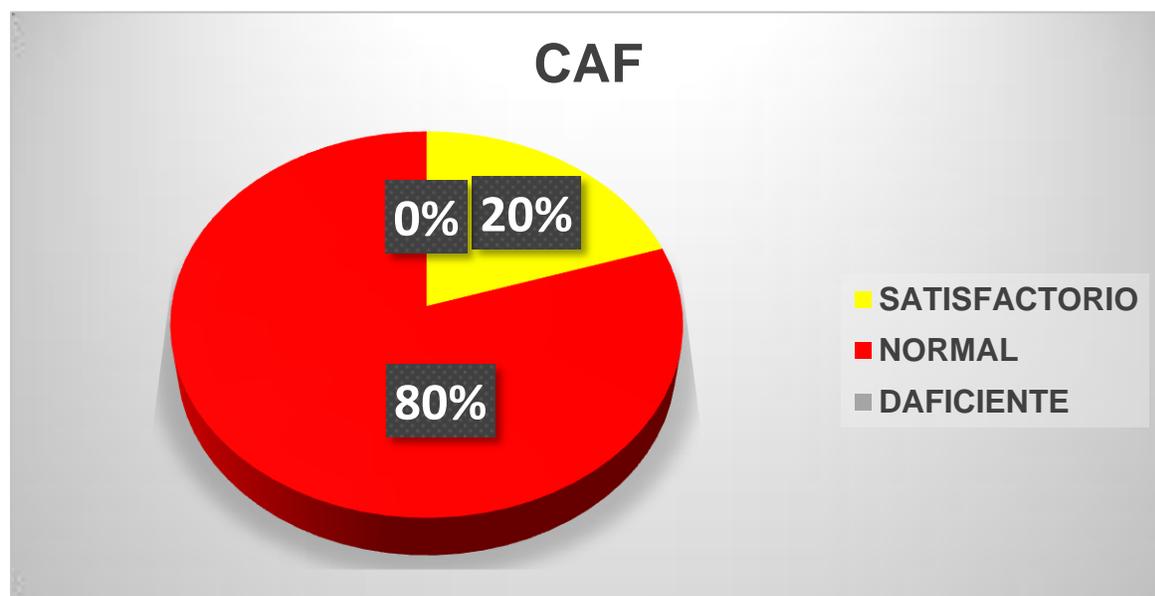
familiares entre ellos: límites difusos, incumplimiento de roles y reglas, ya que los padres no ejercen un control apropiado en la disciplina y educación, debido a que sus padres dedican la mayor parte del tiempo al trabajo en lugares lejanos y estos quedan solos sin una autoridad que los guíe.

Estos problemas no solo interfieren en la funcionalidad del sistema familiar, se extiende hacia el área educativa generando dificultades al docente para manejar a los adolescentes que presentan conductas negativas, sin embargo la intervención de la musicoterapia ha ayudado a eliminar los resultados negativos dentro del sistema familiar de la población número 2.

**CUADRO 1.1-C: CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR (CAF) EVALUACIÓN.**

<b>CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR (CAF)</b>		
<b>INDICADOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Satisfactorio</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
<b>Normal</b>	<b>8</b>	<b>80%</b>
<b>Deficiente</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO Nº 2.1-C CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR (CAF) EVALUACIÓN.**



## **ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN (CAF)**

De los 10 participantes evaluados con el cuestionario de Afrontamiento familiar (CAF) en porcentajes se evidencia que el 20% presenta un afrontamiento familiar satisfactorio, mientras que un 80% de los participantes expresan que el afrontamiento familiar es normal, y finalmente ninguno o un 0% de participantes manifiestan que el afrontamiento familiar es deficiente.

## **INTERPRETACIÓN DE LA EVALUACIÓN (CAF)**

Según Lázaus colaborador de Olson define al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo por lo tanto las estrategias de afrontamiento son recursos utilizados para hacer frente a las dificultades utilizando los recursos existentes, tanto propios como del entorno. De acuerdo con el cuestionario de afrontamiento familiar (CAF) aplicado a los diez participantes en la evaluación se refleja el aumento al 20% que presenta afrontamiento familiar satisfactorio que supone que los recursos, percepciones y comportamientos o patrones de respuesta ante las dificultades se han desarrollado con la ayuda de la musicoterapia de manera efectiva con dos de los participantes de la población número 2.

De los diez participantes evaluados, ocho de ellos expresan como “normal” el afrontamiento familiar en la que se incluye la confianza entre los miembros de la familia para solucionar los problemas, esto quiere decir que se mantienen en un desarrollo normal y estable este tipo de procesos familiares, refiriéndonos también a la capacidad de reestructuración de los problemas familiares, recursos sociales que desarrollan buenas relaciones interpersonales y resoluciones efectivas a los problemas.

Finalmente de los diez participantes evaluados al finalizar las sesiones de musicoterapia ninguno de ellos respondió que su afrontamiento familiar era deficiente, cifra que corresponde a ser nula en la población. Las personas que

reflejan éste tipo resultados, es signo de un desarrollo familiar deficiente debido a su ambiente, pues no poseen habilidades cognitivas, conductuales y sociales, ya que en el hogar no se han implementado y se ven reflejadas en área escolar como: baja tolerancia a la frustración, riñas entre compañeros, agresiones físicas y verbales entre padres, bajo rendimiento académico y dificultad para relacionarse con los demás.

#### CUADRO 1.1-D: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR (CSF) EVALUACIÓN.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR (CSF)		
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Satisfactorio	10	100%
Normal	0	0%
Deficiente	0	0%
Total	10	100%

#### GRÁFICO Nº 2.1-D CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR (CSF) EVALUACIÓN.



## **ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN (CSF)**

De los 10 participantes evaluados con el cuestionario de Satisfacción Familiar (CSF) el 100% refiere tener un sistema de Satisfacción familiar satisfactorio, mientras que ninguno “0%” de los participantes expresan que su satisfacción familiar es normal, y finalmente ninguno “0%” que manifiesta que su satisfacción familiar es deficiente.

## **INTERPRETACIÓN DE LA EVALUACIÓN (CSF)**

Según Olson cómo ya se mencionó con anterioridad la Satisfacción familiar implica dos dimensiones, de cohesión y adaptabilidad; es definida como la habilidad del sistema para modificar las estructuras de poder, roles y las reglas de relación en respuesta al desarrollo evolutivo de la familia o en respuesta al estrés provocado por diversas situaciones de tensión familiar, mientras que la cohesión es el vínculo emocional y autonomía existente entre los miembros de la familia; incluye cercanía, compromiso familiar, individualismo y tiempo compartido, proximidad y satisfacción de las relaciones en el interior del núcleo.

De acuerdo con el cuestionario de Satisfacción familiar (CSF) aplicado a los 10 participantes en la etapa de la evaluación, los 10 participantes manifiesta que su satisfacción familiar es satisfactorio, ya que los roles, reglas, vínculos emocionales y autonomía están equilibras por lo tanto generan un excelente funcionamiento y se alcanzó al 100% el objetivo con la terapia musical.

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS:**

#### **TERMOMETRO DE LAS EMOCIONES Y ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES “POBLACIÓN 3”**

**SUJETO 1:** ANA JAEL RUIZ ENRIQUEZ

**EDAD:** 10 AÑOS

RESULTADO DIAGNÓSTICO 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **10 GRADOS (CONTENTA)**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **11 GRADOS (MUY CONTENTA)**

RESULTADO DIAGNÓSTICO 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=9**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=9**

SUJETO 2: LIBE JOCABET LOMELI ENRIQUEZ

EDAD: 10 AÑOS

RESULTADO DIAGNÓSTICO 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **1 GRADO (NERVIOSA)**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **10 GRADOS (CONTENTA)**

RESULTADO DIAGNÓSTICO 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=9**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=9**

SUJETO 3: OBED BARUSH ENRIQUEZ DUARTE

EDAD: 8 AÑOS

RESULTADO DIAGNÓSTICO 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **10 GRADOS (CONTENTO)**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **11 GRADOS (MUY CONTENTO)**

RESULTADO DIAGNÓSTICO 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=8, REGULAR=1**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=8, REGULAR=1**

SUJETO 4: GAMALIEL JOAB LOMELI ENRIQUEZ

EDAD: 4 AÑOS

RESULTADO DIAGNÓSTICO 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **11 GRADOS (MUY CONTENTO)**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **12 GRADOS NIVEL (SUPERCONTENTO)**

RESULTADO DIAGNÓSTICO 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=4, REGULAR=3, AUSENTE=2**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=5, REGULAR=2, AUSENTE=2**

SUJETO 5: LEONARDO NATANAEL ROSALES GONZALEZ

EDAD: 8 AÑOS

RESULTADO DIAGNÓSTICO 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **7 GRADOS (TRISTE)**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **11 GRADOS (MUY CONTENTO)**

RESULTADO DIAGNÓSTICO 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=9**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=9**

SUJETO 6: OZIEL RAMÍREZ AYALA

EDAD: 8 AÑOS

RESULTADO DIAGNÓSTICO 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **7 GRADOS (TRISTE)**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **10 GRADOS (CONTENTO)**

RESULTADO DIAGNÓSTICO 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=5, REGULAR=3, AUSENTE=1**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=5, REGULAR=4**

SUJETO 7: JASIEL NAVARRO SANTA MARIA

EDAD: 6 AÑOS

RESULTADO DIAGNÓSTICO 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **10 GRADOS (CONTENTO)**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **11 GRADOS (MUY CONTENTO)**

RESULTADO DIAGNÓSTICO 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=5, REGULAR=3, AUSENTE=1**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=5, REGULAR=4**

SUJETO 8: GAMALIEL NAVARRO SANTA MARIA

EDAD: 5 AÑOS

RESULTADO DIAGNÓSTICO 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **1 GRADO (NERVIOSO)**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **10 GRADOS (CONTENTO)**

RESULTADO DIAGNÓSTICO 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=5, REGULAR=3, AUSENTE=1**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”:

SUJETO 9: ISRAEL CALDERON ROJAS

EDAD: 6 AÑOS

RESULTADO DIAGNÓSTICO 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **10 GRADOS (CONTENTO)**

RESULTADO DE EVALUACIÓN 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”: **12 GRADOS (MUY CONTENTO)**

RESULTADO DIAGNÓSTICO 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”: **NORMAL=6, REGULAR=3**

**RESULTADO DE EVALUACIÓN 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”:** **NORMAL=6, REGULAR=3**

**SUJETO 10:** CAMILA CALDERON ROJAS

**EDAD:** 7 AÑOS

**RESULTADO DIAGNÓSTICO 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”:** **10 GRADOS (CONTENTA)**

**RESULTADO DE EVALUACIÓN 1 “TERMOMETRO EMOCIONAL”:** **11 GRADOS (MUY CONTENTA)**

**RESULTADO DIAGNÓSTICO 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”:** **NORMAL=7, REGULAR=2**

**RESULTADO DE EVALUACIÓN 2 “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”:** **NORMAL=8, REGULAR=1**

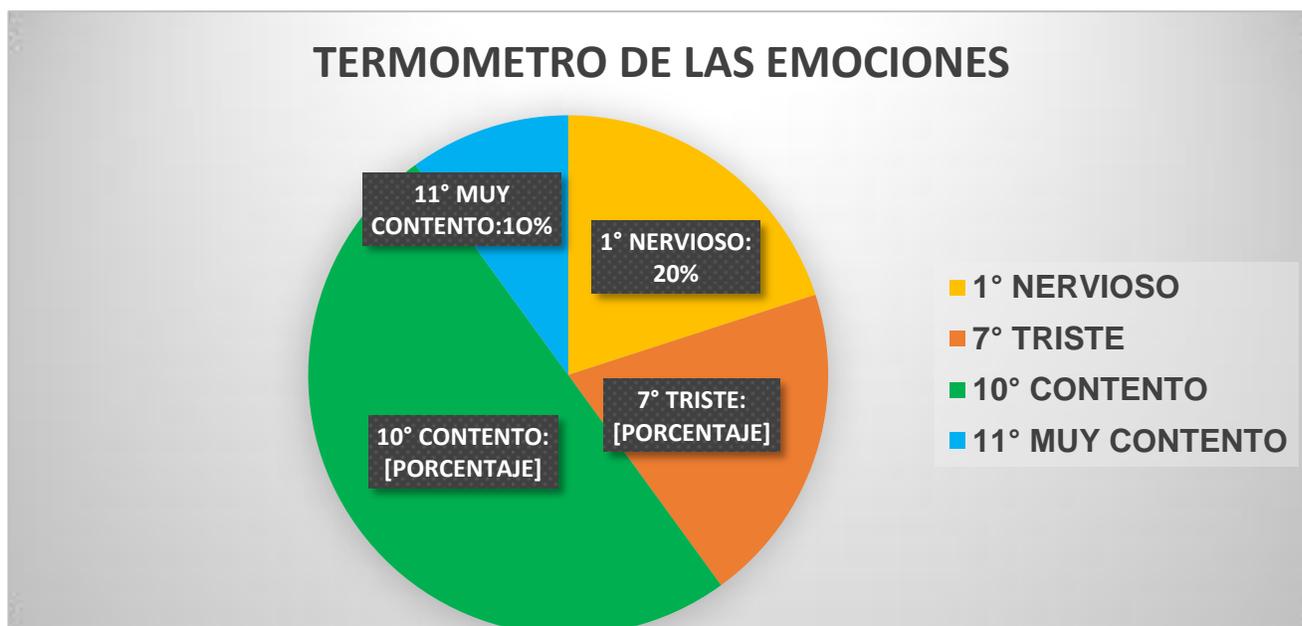
**TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**  
**DIAGNÓSTICOS DEL “TERMOMETRO DE LAS EMOCIONES”**

Los resultados obtenidos de la aplicación de la escala emocional fueron analizados, mediante la estadística básica, los resultados fueron representados en porcentajes mediante cuadros y gráficos, para elaborar las conclusiones y recomendaciones de este trabajo.

**CUADRO 1-E: VALORACIÓN DEL TERMOMETRO DE LAS EMOCIONES (DIAGNÓSTICO).**

TERMÓMETRO DE LAS EMOCIONES		
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1° NERVIOSO	2	20%
2° MUY NERVIOSO	0	0%
3° SUPER NERVIOSO	0	0%
4° ENFADADO	0	0%
5° MUY ENFADADO	0	0%
6° FURIOSO	0	0%
7° TRISTE	2	20%
8° MUY TRISTE	0	0%
9° SUPER TRISTE	0	0%
10° CONTENTO	5	50%
11° MUY CONTENTO	1	10%
12° SUPER CONTENTO	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO Nº 2-E: VALORACIÓN DEL TERMOMETRO DE LAS EMOCIONES (DIAGNÓSTICO).**



## **ANÁLISIS DIAGNÓSTICO (TERMOMETRO DE LAS EMOCIONES).**

De los 10 participantes evaluados con el “Termómetro de las emociones” en porcentajes se evidencia que el 20% de los participantes se presentaban nerviosos a la hora de recibir la primer sesión de musicoterapia, mientras que otro 20% de los participantes expresaban sentirse tristes, al contrario un 10% de los participantes refería estar muy contento y finalmente un 50 % refería estar simplemente contentos y felices de participar en la actividad de terapia musical. En los 8 rubros restantes no existe ningún participante que manifestara estas emociones así que por consiguiente se le asignó un 0%.

## **INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA (TERMOMETRO DE LAS EMOCIONES).**

Denzin (2009) define la emoción como una experiencia corporal viva, veraz, situada y transitoria que impregna el flujo de conciencia de una persona, que es percibida en el interior y se encuentra recorriendo el cuerpo. Durante el trascurso de su vivencia suma a la persona y a sus acompañantes en una realidad nueva y transformada. Algunos autores incluyen entre las emociones primarias el miedo, la ira, la depresión o la satisfacción (Kemper, 1987), mientras que otros incluyen la satisfacción-felicidad, la aversión-miedo, la aserción-ira, la decepción-tristeza y el sobresalto-sorpresa (Turner, 1999). La culpa, la vergüenza, el amor, el resentimiento, la decepción o la nostalgia serían emociones secundarias.<sup>98</sup>

Para los niños, saber reconocer una emoción y ponerle nombre, no es tarea fácil, y si además, debemos controlar y gestionar esa emoción, implica un trabajo muy duro con los niños. Poder controlar un sentimiento de frustración, enfado, tristeza o miedo ante una derrota en el juego, son los sentimientos, que desde niños, es muy importante saber reconocer y gestionar. De lo contrario es probable que se viva como el fin del mundo en casa sin poder ser capaces de controlar esa ira, que en un momento dado puede aparecer para el niño. Ponerle nombre a las emociones, nos permite poder hablar del “cómo me siento” y “que síntomas rodean a esa emoción”. Por ejemplo, ante un examen, los nervios florecen y

---

<sup>98</sup> (Bericat, 2012, pág. 4) (19)

aparecen los síntomas tales como, sudoración de manos, ganas de ir al baño, aceleración del corazón, incluso morderse las uñas. Para ello, en este taller de música, ayudamos a poner nombre a las emociones y las estrategias para tener un autocontrol de las mismas.

En el diagnóstico los resultados indican el estado emocional en el que se encuentra el niño, valorando los gestos, la expresión corporal y la respuesta verbal, de acuerdo con las tres preguntas que se realizan en la valoración; La correcta evaluación del estado emocional es de suma importancia para el aplicador de la terapia alternativa, ya que se pueden emplear distintas estrategias de acuerdo al resultado que arroje la valoración diagnóstica.

Cómo podemos observar el 20% de los participantes se presentaban nerviosos a la hora de participar en la primera sesión de musicoterapia lo cual nos indica que existe miedo, al estar presente ésta emoción refleja una preparación ante una amenaza, se anticipa a ella y produce nerviosismo, inseguridad o ansiedad entre otros estados emocionales, lo cual es totalmente normal. Mientras que un 20% de los participantes expresaban sentirse tristes, lo cual refleja que viven ante una pérdida, privación, destrucción, abandono, soledad, fracaso o pena. Al contrario un 10% de los participantes refería estar muy contento, esto quiere decir que están presentes la euforia, gratificación, felicidad y ganas de volver a sentir este tipo de situaciones experimentadas en la dinámica de la terapia musical. Y finalmente un 50% refería estar contento y feliz de participar en la sesión de terapia musical. Aunque la euforia, gratificación, felicidad, ganas de volver a sentir este tipo de situaciones están presentes, se encuentran en un estado más equilibrado y menos excitado que en los grados superiores en la escala del termómetro emocional.

En los 8 rubros restantes no existe ningún participante que manifestara estas emociones así que por consiguiente se le asignó un 0%. Finalmente concluimos exponiendo que el conocimiento y la comprensión de nuestras emociones nos permite, no solo conocernos y saber cómo sentimos, sino que es un grandioso y **valioso recurso a utilizar para poder interactuar con el resto del mundo y con uno mismo** de una forma más saludable, adecuada y óptima. Ser capaz de

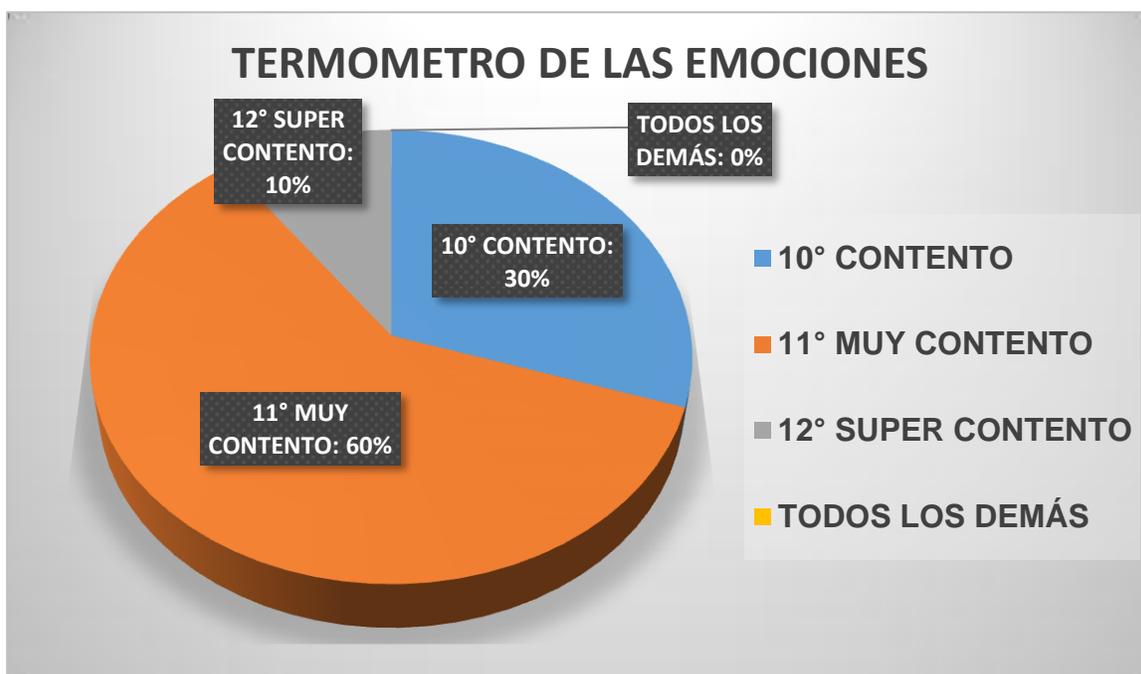
interactuar, controlando y manejando nuestras emociones, así como ser capaces de expresarlas, conlleva grandes beneficios en el sujeto.<sup>99</sup>

**CUADRO 1.1-E: VALORACIÓN DEL TERMOMETRO DE LAS EMOCIONES (EVALUACIÓN).**

<b>TERMÓMETRO DE LAS EMOCIONES</b>		
<b>INDICADOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>1° NERVIOSO</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>2° MUY NERVIOSO</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>3° SUPER NERVIOSO</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>4° ENFADADO</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>5° MUY ENFADADO</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>6° FURIOSO</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>7° TRISTE</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>8° MUY TRISTE</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>9° SUPER TRISTE</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>10° CONTENTO</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
<b>11° MUY CONTENTO</b>	<b>6</b>	<b>60%</b>
<b>12° SUPER CONTENTO</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

<sup>99</sup> (www.psicoadapta.es, 2017) (20)

## GRÁFICO Nº 2.1-E: VALORACIÓN DEL TERMOMETRO DE LAS EMOCIONES (EVALUACIÓN).



### ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN (TERMOMETRO DE LAS EMOCIONES).

De los 10 participantes evaluados con el “Termómetro de las emociones” en porcentajes se evidencia que el 30% de los participantes se presentaban contentos a la hora de recibir la última sesión de musicoterapia, mientras que el 60% de los participantes expresaban sentirse muy contentos, y por último el 10% de los participantes refería estar súper-contento, lo cual refleja la satisfacción total de la “población número 3” y emocionalmente felices de participar en la actividad de terapia musical. En los 9 rubros restantes no existe ningún participante que manifestara estas emociones así que por lo consiguiente se le asignó un 0%.

### INTERPRETACIÓN DE LA EVALUACIÓN (TERMOMETRO DE LAS EMOCIONES).

En la evaluación los resultados indican el estado emocional en el que se encuentra el niño, valorando los gestos, las expresión corporal y la respuesta verbal, de acuerdo con las tres preguntas que se realizan en la valoración; La

correcta evaluación del estado emocional es de suma importancia para el aplicador de la terapia alternativa, ya que se pueden emplear distintas estrategias de acuerdo al resultado que arroje la valoración diagnóstica.

Cómo podemos observar el 20% de los participantes en la fase diagnóstica se presentaba nerviosos a la hora de participar en la primera sesión de musicoterapia lo cual nos indica que existía miedo, mientras que un 20% de los participantes expresaban sentirse tristes. Sin embargo en la evaluación se refleja que todo sentimiento negativo desapareció dando como resultado un 30% de participantes que expresaron sentirse contentos a la hora de recibir la última sesión de musicoterapia, el 60% de los participantes expresaban sentirse “muy contentos”, y por último el 10% de los participantes refería estar “súper-contentos”, lo cual refleja la satisfacción total de la “población número 3” y emocionalmente felices de participar en la actividad de terapia musical. En los 9 rubros restantes no existe ningún participante que manifestara estas emociones así que por lo consiguiente se le asignó un 0%.

Al contrario un 10% de los participantes refería estar muy contento, esto quiere decir que están presentes la euforia, gratificación, felicidad y ganas de volver a sentir este tipo de situaciones experimentadas en la dinámica de la terapia musical. Y finalmente un 50% refería estar contento y feliz de participar en la sesión de terapia musical. Cómo ya se explicó con anterioridad la euforia, gratificación, felicidad, ganas de volver a sentir este tipo de situaciones están presentes, se encuentran en un grado diferente en cada una de las expresiones por ejemplo:

**10° Contenido:** Es el estado de equilibrio entre la gratificación y la felicidad a los grados superiores en la escala del termómetro emocional.

**11° Muy contenido:** El estado de equilibrio, se pierde y la balanza emocional se inclina a un estado que es excitado por la euforia, gratificación y felicidad en gran medida.

**12° Súper contenido:** Presenta el mayor nivel de excitación entre los demás niveles basándose en los elementos previamente expuestos; Euforia, gratificación y felicidad en gran medida a causa de los niveles de secreción de dopamina.

En los 9 grados restantes no existe ningún participante que manifestara estas emociones así que por consiguiente se le asignó un 0%.

Finalmente concluimos exponiendo que el conocimiento y la comprensión de nuestras emociones nos permite, no solo conocernos y saber cómo sentimos, sino que es un grandioso y valioso recurso a utilizar para poder interactuar con el resto del mundo y con uno mismo de una forma más saludable, adecuada y óptima. Ser capaz de interactuar, controlando y manejando nuestras emociones, así como ser capaces de expresarlas, conlleva grandes beneficios de todo tipo en el sujeto.

**TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**  
**DIAGNÓSTICOS DE LA “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS**  
**CARACTERÍSTICAS MOTRICES”:**

Los resultados obtenidos de la aplicación de la escala del área psicomotora fueron analizados, mediante la estadística básica, los resultados fueron representados en porcentajes mediante cuadros, para elaborar las conclusiones y recomendaciones de este trabajo.

**CUADRO 1-F: VALORACIÓN DE LA “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES” (DIAGNÓSTICO).**

<b>ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES EN NIÑOS</b>		
<b>INDICADOR</b>	<b>FRECUENCIA “N”, “R” Y “A”</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>1.- CORRE</b>	N=10 R=0 A=0	N=100% R=0% A=0%
<b>2.- MUESTRA COORDINACIÓN EN SUS MOVIMIENTOS</b>	N=9 R=1 A=0	N=90% R=10% A=0%
<b>3.- MUESTRA CONTROL EN SUS MOVIMIENTOS</b>	N=10 R=0 A=0	N=100% R=0% A=0%
<b>4.- SALTA CON UN PIE ALTERNANDOLOS Y MANTIENE EL EQUILIBRIO</b>	N=8 R=2 A=0	N=80% R=20% A=0%
<b>5.- SALTA CON SOLTURA</b>	N=9 R=1 A=0	N=90% R=10% A=0%
<b>6.- RECORTA</b>	N=5 R=5 A=0	N=50% R=50% A=0%
<b>7.- ATA SUS CORDONES</b>	N=5 R=2 A=3	N=50% R=20% A=30%
<b>8.- LANZA CON SEGURIDAD</b>	N=9 R=1 A=0	N=90% R=10% A=0%
<b>9.- MANEJA EL LAPIZ CON PRECISIÓN</b>	N=3 R=6 A=1	N=30% R=60% A=10%
<b>TOTAL</b>	<b>N=68 R=18 A=4</b>	<b>N=75.5% R=20% A=4.5%</b>
<b>SIMBOLOGÍA DE FRECUENCIA: N=NORMAL, R=REGULAR, A= AUSENTE.</b>		
<b>EQUIVALENCIA EN PORCENTAJE: 1=1.11%</b>		

**ANÁLISIS DIAGNÓSTICO (ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES).**

El desarrollo psicomotor ha sido atendido desde temprana edad, mediante acciones que conducen a lograr en el niños y niña superar dificultades en el aprendizaje, por lo que, permite potenciar las diversas etapas del desarrollo por las que transcurre el individuo y va evolucionando.

Dentro de este contexto se plantea la ejecución del movimiento a través de la puesta en práctica de actividades físicas, siendo posible mediante el juego, la cual

es una actividad que proporciona al niño y niña desde temprana edad la posibilidad de desarrollar mediante la lúdica la psicomotricidad es importante destacar, que en la educación inicial, la actividad física ejecutada mediante el juego, representan la posibilidad de transcurrir una infancia a través de la cual la lúdica forma parte de ella, pues no se puede concebir la niñez sin juego, es por ello, que las sesiones de musicoterapia, se apoyan en actividades basadas en el juego, por considerarlo fundamental en la educación del cuerpo y mente, dado a que es adaptable a lograr los aprendizajes para los cuales pueden ser diseñados.<sup>100</sup>

De los 10 participantes evaluados con la “Escala de estimación para conocer las características motrices” se realiza un análisis en relación a la “**Tabla 1-F**”, la cual permitió conocer las características motrices que reflejan los niños y niñas en edad de cuatro a diez años de la “Iglesia Cristiana Evangélica Pentecostés Cristo la Peña de Horeb” se puede decir, que en un 75.5% muestran condiciones motrices normales. Así mismo, los resultados permiten afirmar, que el correr (100%), mostrar control en los movimientos (100%), mostrar coordinación en los movimientos (90%), saltar con soltura (90%) y lanzar con seguridad (90%) son los ítems que obtuvieron un porcentaje significativo en el desempeño con normalidad llegando a ser de los más desarrollados, lo que demuestra de manera fortalecida la actividad de correr y saltar en los niños y niñas, el resultado se muestra por encima del promedio representativo. Mientras que los ítems maneja el lápiz con precisión (30%), recorta (50%) y ata sus cordones(50%) se reflejaron como los más débiles, pues el porcentaje de manejo se muestra dominante en la manera regular del desempeño de estas actividades y no en la manera normal de hacerlo porqué está por debajo de la mayor frecuencia.

Los resultados obtenidos de manera general en el análisis de las características motrices, fueron el punto de partida para proponer el plan de actividades físicas mediante el juego, como una alternativa para el fortalecimiento del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 4 a 10 años.

---

<sup>100</sup> (Vitón, 2015) (21)

**TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LA  
EVALUACIÓN DE LA “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS  
CARACTERÍSTICAS MOTRICES”:**

Los resultados obtenidos de la aplicación de la escala del área psicomotora fueron analizados, mediante la estadística básica, los resultados fueron representados en porcentajes mediante cuadros, para elaborar las conclusiones y recomendaciones de este trabajo.

**CUADRO 1.1-F: VALORACIÓN DE LA “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES” (EVALUACIÓN).**

<b>ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES EN NIÑOS</b>		
<b>INDICADOR</b>	<b>FRECUENCIA “N”, “R” Y “A”</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>1.- CORRE</b>	N=10 R=0 A=0	N=100% R=0% A=0%
<b>2.- MUESTRA COORDINACIÓN EN SUS MOVIMIENTOS</b>	N=9 R=1 A=0	N=90% R=10% A=0%
<b>3.- MUESTRA CONTROL EN SUS MOVIMIENTOS</b>	N=10 R=0 A=0	N=100% R=0% A=0%
<b>4.- SALTA CON UN PIE ALTERNANDOLOS Y MANTIENE EL EQUILIBRIO</b>	N=9 R=1 A=0	N=90% R=10% A=0%
<b>5.- SALTA CON SOLTURA</b>	N=10 R= A=0	N=100% R=0% A=0%
<b>6.- RECORTA</b>	N=5 R=5 A=0	N=50% R=50% A=0%
<b>7.- ATA SUS CORDONES</b>	N=7 R=2 A=1	N=70% R=20% A=10%
<b>8.- LANZA CON SEGURIDAD</b>	N=10 R=0 A=0	N=100% R=0% A=0%
<b>9.- MANEJA EL LAPIZ CON PRECISIÓN</b>	N=3 R=6 A=1	N=30% R=60% A=10%
<b>TOTAL</b>	<b>N=73 R=15 A=2</b>	<b>N=81.2% R=16.6% A=2.2%</b>
<b>SIMBOLOGÍA DE FRECUENCIA: N=NORMAL, R=REGULAR, A= AUSENTE.</b>		
<b>EQUIVALENCIA EN PORCENTAJE: 1=1.11%</b>		

## ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN (ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES).

De los 10 participantes evaluados con la “Escala de estimación para conocer las características motrices” se realiza un análisis en relación a la “**Tabla 1.1-F**”, la cual permitió conocer las características motrices que reflejaron los niños y niñas en edad de cuatro a diez años de la “Iglesia Cristiana Evangélica Pentecostés Cristo la Peña de Horeb” al finalizar las sesiones de musicoterapia, se puede decir, que aumentaron a un 81.2% las condiciones motrices normales desempeñadas por los niños, quiere decir que en tres semanas hubo una tasa de aumento del 5.7%. Así mismo, los resultados permiten afirmar, que el correr (100%), mostrar control en los movimientos (100%), saltar con un pie alternándolos y mantener el equilibrio (90%) mostrar coordinación en los movimientos (90%), saltar con soltura (90%) y lanzar con seguridad (100%) son los ítems que obtuvieron un porcentaje significativo en el desempeño con normalidad llegando a ser de los más desarrollados, lo que demuestra de manera fortalecida la actividad de correr y saltar en los niños y niñas en conjunto con la terapia musical, el resultado se muestra por encima del promedio representativo y mejoro positivamente a comparación de la evaluación diagnóstica. Mientras que los ítems maneja el lápiz con precisión (30%), recorta (50%) y ata sus cordones (70%) se reflejaron como los más débiles, pues el porcentaje de manejo se muestra dominante en la manera regular del desempeño de estas actividades y no en la manera normal de hacerlo porqué está por debajo de la mayor frecuencia, sin embargo el aumento en el ítem del 20% en atarse los cordones, es un resultado positivo ya que es una habilidad motora fina. Los resultados obtenidos de manera general en el análisis de las características motrices pudo reflejar el aumento estadísticos en las habilidades que ahora se desempeñan de una manera más efectiva que al inicio de la aplicación de la musicoterapia en combinación con la ludo terapia, el plan de actividades físicas mediante el juego es una manera efectiva para el desarrollo de habilidades en los primeros años de vida y se usó en este trabajo como una alternativa para el fortalecimiento del

desarrollo psicomotor en niños y niñas de 4 a 10 años, obteniendo así resultados satisfactorios.

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RECOMENDADOS PARA EL  
DESARROLLO DE LA MUSICOTERAPIA:**

- 1.- DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (00097)<sup>101</sup> **(SELECCIONADO)**
- 2.- SALUD DEFICIENTE DE LA COMUNIDAD (00215)
- 3.- DEPRIVACIÓN DEL SUEÑO (00096)
- 4.- DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL SUEÑO (00165)
- 5.- DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL SUEÑO (00165)
- 6.- TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (00198)
- 7.- FATIGA (00093)
- 8.- DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONCIMIENTOS (00161)
- 9.- TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL (00121)
- 10.- RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR (00062)
- 11.- PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES (00159)<sup>102</sup>  
**(SELECCIONADO)**
- 12.- DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL (00052)
- 13.- DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RELACIÓN (00207)
- 14.- DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL PROCESO DE MATERNIDAD (00208)
- 15.- SÍNDROME PÓSTRAUMÁTICO (00141)
- 16.- DESESPERANZA (00124)<sup>103</sup> **(SELECCIONADO)**

---

<sup>101</sup> (NANDA, 2015, pág. 120) (36)

<sup>102</sup> (NANDA, 2015, pág. 209) (36)

<sup>103</sup> (NANDA, 2015, pág. 182) (36)

## EVIDENCIA Y ANÁLISIS FOTOGRÁFICO



IMAGEN A1: David Evangelista Jiménez:  
Líder del grupo musical, bajista y voz principal.



IMAGEN A2: Pedro David Diaz Yams:  
Tecladista principal y baterista suplente.



IMAGEN A3: Daniel Navarro Quintana:  
Voz secundaria, coro principal, baterista suplente y guitarra suplente.



IMAGEN A4: Jazmín Martínez Olivares:  
Coro secundario.



IMAGEN A5: Jesús Ángel Valle Bravo:  
Segunda Guitarra eléctrica y Staff de  
cabina, audio y pantalla de proyección.



IMAGEN A6: Dina Vanessa Valle Bravo:  
Coro secundario y tecladista suplente.



IMAGEN A7: Alexis Isaac Valle Bravo:  
Baterista principal y percusión.



IMAGEN A8: Alexis Isaac Valle Bravo:  
Baterista principal y percusión.



IMAGEN B1: Ensayo general para la preparación de la sesión de musicoterapia el día domingo 9:00 am.



IMAGEN B2: Sesión de musicoterapia para tratar el diagnóstico de desesperanza en día domingo.



IMAGEN B3: Interacción del público con los líderes a cargo de la sesión de musicoterapia



IMAGEN B4: "Población 1", efectos a nivel emocional de la musicoterapia en los participantes.



IMAGEN B5: Expresión de emociones y sentimientos (gratitud, tristeza, felicidad) por parte de los participantes en el culto religioso.



IMAGEN B6: El levantar las manos es señal de rendición y adoración a Dios en la cultura cristiana.



IMAGEN B7: Expresiones y ademanes de un corazón contrito y humillado.



IMAGEN B8: El cerrar los ojos es una señal de concentración para llevar a cabo los rituales de oración y adoración a Dios de acuerdo con la cultura cristiana.



IMAGEN B9: La imposición de manos es un ritual a la hora de orar que se lleva a cabo sólo por autoridades de tipo religiosa, en este caso diáconos.



IMAGEN B10: la oración forma parte fundamental de la sesión, pues ayuda al individuo a encontrarse consigo mismo y con Dios, siendo guiado por medio de la música en éste proceso terapéutico.



IMAGEN B11: Podemos observar que los participantes integran a sus familiares en los actos de tipo espiritual.



IMAGEN B12: Se puede apreciar la unidad en una familia nuclear, al compartir estas actividades de tipo espiritual.



IMAGEN C1: Sesión de musicoterapia para tratar el diagnóstico de procesos familiares disfuncionales en la “población número 2”.



IMAGEN C2: Administración y dirección de la terapia musical por parte del egresado de la carrera de enfermería Alexis Isaac Valle Bravo.



IMAGEN C3: Música en vivo interpretada por el grupo de rock “JEZREEL”



IMAGEN C4: Discurso; La importancia de una vida saludable al ritmo de Dios.



IMAGEN C5: Demostración de sentimientos y emociones por parte de los participantes siendo guiados por la música hacia un estado de espiritualidad y reflexión.



IMAGEN C6: Fin de la sesión musical; Interpretación a capela de manera colectiva utilizando las palmas para establecer una base rítmica.



IMAGEN C7: Interacción de los participantes y el profesor a cargo Edgar Antonio Lomelí explicando la relación de la música y los efectos terapéuticos a nivel fisiológico y espirituales.



IMAGEN C8: Profesor Edgar Antonio Lomelí explicando los efectos del fenómeno “teléfono descompuesto” y su relación con la “comunicación efectiva”.



IMAGEN C9: Profesor Jorge Cadengo explicando la importancia de vincular la música con un estilo de vida espiritual.



IMAGEN C10: Interacción de preguntas y respuestas por parte del Profesor Jorge Cadengo y la “población número 2” de participantes.



IMAGEN C11: Dinámica de juego; ¿Te la sabes?, cántala: Se realizaron dos equipos y se llevó a cabo una competencia por acumulación de punto, al equipo ganador se le premio y al perdedor se le impuso un castigo de “un baile gracioso”.



IMAGEN C12: Colaboración de todo el equipo de trabajo para llevar una terapéutica musical eficaz y eficiente.



IMAGEN C13: Supervisoras de actividades de juegos y talleres.



IMAGEN C14: Supervisoras de actividades de juegos y talleres.



IMAGEN D1: Sesión de musicoterapia impartida a la “Población número 3”, tema impartido; Introducción al ambiente musical y al mundo del juego.



IMAGEN D2: Los participantes expresan felicidad conforme a la escala del termómetro de las emociones.



IMAGEN D3: Coordinador de cabina y efectos audiovisuales Isaac Hernández Trejo



IMAGEN D4: Coordinador de las actividades infantiles Honorio Soto Castillejo.



IMAGEN E1: Súper intendente de escuela dominical y culto infantil Herminia Quintana Araujo dirigiendo la sesión de musicoterapia y presentando obra musical.



IMAGEN E2: Equipo de trabajo interpretando a distintos súper héroes en la obra musical "Jesús es mi súper héroe".



IMAGEN E3: Discurso del héroe impartido por la Súper intendente Herminia Quintana Araujo.

## 1.- ESCALA DE BECK

Se trata de una escala auto administrada

**Instrucciones para el participante:** Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso. Marque con una "X" la opción que mejor le parezca.

**NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

	V	F
1. <i>Espero el futuro con esperanza y entusiasmo</i>		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. <i>Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así</i>		
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años		
5. <i>Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer</i>		
6. <i>En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar</i>		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. <i>Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio</i>		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. <i>Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro</i>		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora</i>		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro</i>		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas.</i>		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

## CARACTERÍSTICAS DEL CUESTIONARIO (ESCALA DE BECK):

### PUNTUACIÓN

Aplicando la puntuación correspondiente a cada respuesta se obtiene un resultado que puede orientar acerca del estado de desesperanza que vive la persona.

La evaluación de las respuestas de la Escala de Desesperanza de Beck se realiza del siguiente modo:

- 1 punto cuando se ha contestado “verdadero” a las siguientes cuestiones: 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.
- 1 punto cuando se ha contestado “falso” a las preguntas: 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19.
- 0 puntos en todos los demás casos.

### RESULTADOS

Los expertos consideran que, a partir de 9 puntos, ya puede haber cierto riesgo de ideas suicidas, por lo que conviene consultar con un profesional médico para protegerse si, al hacer la Escala de Desesperanza de Beck, los resultados son superiores a 9.

- **0-3 puntos:** Normalidad
- **4-8 puntos:** Leve desesperanza
- **9-14 puntos:** Moderada desesperanza
- **15-20 puntos:** Severa desesperanza<sup>104</sup>

---

<sup>104</sup> (Gragera, 2017, pág. 5) (7)

## 2.- CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR “CESF”

A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen a las familias. Piensa el grado en que cada una de ellas describe a tu familia y rodea con un círculo la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación. Las respuestas posibles son: casi nunca 1, pocas veces 2, algunas veces 3, muchas veces 4, casi siempre 5.

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

### ¿CÓMO ES TU FAMILIA?

	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Nos pedimos ayuda entre nosotros cuando la necesitamos	1	2	3	4	5
2. Cuando surge un problema se tiene en cuenta la opinión de los hijos	1	2	3	4	5
3. Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
4. A la hora de establecer normas de disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos	1	2	3	4	5
5. Preferimos relacionarnos con la familia más cercana (tíos, abuelos, primos)	1	2	3	4	5
6. Diferentes personas de nuestra familia mandan en ella	1	2	3	4	5
7. Nos sentimos más próximos entre nosotros que entre personas que no pertenecen a nuestra familia	1	2	3	4	5
8. Nuestra familia cambia la manera de realizar las distintas tareas o quehaceres	1	2	3	4	5
9. Nos gusta pasar el tiempo libre juntos	1	2	3	4	5
10. Padres e hijos comentamos juntos los castigos	1	2	3	4	5
11. Nos sentimos muy unidos entre nosotros	1	2	3	4	5
12. En nuestra familia los hijos también toman decisiones	1	2	3	4	5
13. Cuando la familia tiene que realizar alguna actividad conjunta, todos los miembros participan	1	2	3	4	5
14. En nuestra familia las normas o reglas pueden cambiarse	1	2	3	4	5
15. Se nos ocurren fácilmente cosas que hacer en común	1	2	3	4	5
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa entre los distintos miembros de la familia	1	2	3	4	5
17. A la hora de tomar decisiones nos consultamos entre nosotros	1	2	3	4	5
18. Es difícil saber quién manda en nuestra familia	1	2	3	4	5
19. El sentimiento de unión familiar es muy importante para nosotros	1	2	3	4	5
20. Es difícil decir qué tarea realiza cada miembro de la familia	1	2	3	4	5

## CARACTERÍSTICAS DEL CUESTIONARIO (CESF):

**Nombre:** Cuestionario de evaluación del sistema familiar CESF Autores: Olson, Portner y Lavee (1985)

**Adaptación:** Grupo Lisis. Universidad de Valencia. Facultad de Psicología

**Nº de ítems:** 20

**Administración:** Individual o Colectiva.

**Tiempo aproximado de aplicación:** Diez minutos

**Población a la que va dirigida:** Todas las edades a partir de los 12 años.

**Codificación:**

**Este cuestionario evalúa dos dimensiones:** I. Vinculación emocional (ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19) y II. Flexibilidad (ítems 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20). Para obtener la puntuación en cada dimensión se suman las puntuaciones en los ítems correspondientes a ambas dimensiones. La dimensión I evalúa a su vez las siguientes sub-dimensiones: Unidad (ítems 1, 11, 17, 19); Límites (ítems, 5 y 7); Amistades y Tiempo (ítems 3 y 9) y Ocio (ítems 13 y 15). La dimensión II evalúa: Liderazgo (ítems 2, 6, 12, 18); Disciplina (ítems 4 y 10) y Reglas y Roles (ítems 8, 14, 16 y 20).

### Propiedades psicométricas

**Fiabilidad:** La fiabilidad de la escala global según el alpha de Cronbach es de .83. El alpha para la escala de vinculación es de .81, mientras que para la escala de flexibilidad es de .65.

**Validez:** Discrimina entre sexos en el sentido de que los chicos perciben niveles más bajos de funcionamiento familiar al tiempo que también desean para su familia niveles más bajos de funcionamiento que las chicas. También discrimina en función de la edad, en el sentido de que son los menores los que perciben y desean niveles más altos de funcionamiento familiar.

**Observaciones:** La situación ideal respecto de la escala es que se aplique a todos los miembros familiares y que se hagan las correspondientes comparaciones. En nuestros trabajos con población con problemas de comprensión, hemos utilizado las escalas con formato de entrevista con excelentes resultados. Aconsejamos que se ensaye previamente este formato con compañeros y personas próximas para familiarizarse con su funcionamiento.

**RESULTADOS:** 20-30 PUNTOS: DEFICIENTE, 34-66 PUNTOS: NORMAL Y 67-100 PUNTOS: SATISFACTORIO. <sup>105</sup>

---

<sup>105</sup> (www.uv.es, 2019, págs. 3, 4, 5) (10)

### 3.- CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR "CAF"

A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen diferentes formas de afrontar los problemas en la familia. Piensa en qué grado cada una de ellas se parece a la forma en que solucionáis los problemas en tu familia (padre, madre, hermanos, etc., nos referimos a aquellas personas que viven en tu casa) y rodea con un círculo la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación. Las respuestas posibles son: nunca 1, pocas veces 2, algunas veces 3, muchas veces 4, siempre 5.

**NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. Compartimos los problemas con la familia más cercana (abuelos, tíos, etc.)	1	2	3	4	5
2. Buscamos consejo y ayuda en amigos	1	2	3	4	5
3. Sabemos que tenemos la capacidad suficiente para resolver problemas importantes	1	2	3	4	5
4. Buscamos información y ayuda en personas que han tenido problemas iguales o similares	1	2	3	4	5
5. Buscamos ayuda en profesionales (psicólogo, trabajador social, etc.)	1	2	3	4	5
6. Buscamos información y ayuda en el médico de la familia	1	2	3	4	5
7. Pedimos ayuda, consejo y apoyo a los vecinos	1	2	3	4	5
8. Tratamos de encontrar rápidamente soluciones, sin ponernos nerviosos y pensando fríamente en el problema	1	2	3	4	5
9. Demostramos que somos fuertes	1	2	3	4	5
10. Asistimos a los servicios religiosos acordes con nuestras creencias y participamos en otras actividades religiosas	1	2	3	4	5
11. Aceptamos los problemas como parte de la vida	1	2	3	4	5
12. Compartimos las preocupaciones con amigos cercanos	1	2	3	4	5
13. Vemos en los juegos de azar (lotería, bingo, etc.), una solución importante para resolver nuestros problemas familiares	1	2	3	4	5
14. Aceptamos que los problemas aparecen de forma inesperada	1	2	3	4	5
15. Creemos que podemos solucionar los problemas por nosotros mismos	1	2	3	4	5
16. Definimos el problema familiar de forma positiva para no sentirnos demasiado desanimados o tristes	1	2	3	4	5
17. Sentimos que por muy preparados que estemos, siempre nos costará solucionar los problemas	1	2	3	4	5
18. Buscamos consejo en un sacerdote (o religioso/a)	1	2	3	4	5
19. Creemos que si esperamos lo suficiente, el problema por sí solo desaparecerá	1	2	3	4	5
20. Compartimos los problemas con los vecinos	1	2	3	4	5
21. Tenemos fe en Dios y confiamos en su ayuda	1	2	3	4	5

## CARACTERÍSTICAS DEL CUESTIONARIO (CAF):

**Nombre:** Cuestionario de afrontamiento familiar CAF Autores: McCubbin, Olson y Larsen (1981)

**Adaptación:** Equipo Lisis. Universidad de Valencia. Facultad de Psicología

**Nº de ítems:** 21

**Administración:** Individual o Colectiva.

**Tiempo aproximado de aplicación:** 3-5 minutos.

**Población a la que va dirigida:** Desde los 12 años hasta los 20 años.

**Codificación:** Reestructuración (ítems 3, 8, 9, 11, 14, 15, 18); Apoyo Amigos y Familiares (ítems 1, 2, 4, 12); Apoyo Espiritual (ítems 10, 18, 21); Apoyo Formal (ítems 5 y 6); Apoyo Vecinos (ítems 7 y 20); Evaluación Pasiva (ítems 13, 17, 19).

### Propiedades psicométricas

**Fiabilidad:** La consistencia interna del conjunto global de la escala es de .7471 según alfa de Cronbach. Reestructuración .7533; Apoyo Amigos y Familiares .7022; Apoyo Espiritual .7229; Apoyo Vecinos .7876; Evaluación Pasiva .2930; Apoyo Formal .2930.

**Validez:** Discrimina en función del sexo y la edad: los chicos tienden a percibir que la familia acude menos a los amigos y familiares en situaciones difíciles; en todos los casos los adolescentes menores (12-14 años) perciben mayores recursos de afrontamiento en su familia que el resto. El diálogo correlaciona positivamente con la percepción de recursos de afrontamiento; por otra parte, los problemas de comunicación padres/hijos correlacionan negativamente con la percepción de estrategias de afrontamiento.

### Observaciones

En aplicación individual es aconsejable utilizar el formato de entrevista estructurada, y como preguntas, se sugiere seleccionar uno o dos ítems representativos de las dimensiones de la escala.

**PUNTUACIÓN:** 21-35 PUNTOS: DEFICIENTE, 36-70 NORMAL Y 71-105: SATISFACTORIO.<sup>106</sup>

---

<sup>106</sup> (www.uv.es, 2019, págs. 19, 20) (10)

#### 4.- CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR “CSF”

A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen la vida familiar. Piensa el grado de satisfacción que te proporciona cada situación o forma de relación que se plantea y rodea con un círculo la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación. Las respuestas posibles son: totalmente insatisfecho 1, bastante insatisfecho 2, en parte satisfecho 3, bastante satisfecho 4, completamente satisfecho 5.

Por ejemplo: 1.- Tu libertad para estar solo cuando lo deseas.

Si te sientes muy satisfecho con la libertad de la que dispones para estar solo, deberás rodear el número 5. Si, por el contrario, te sientes totalmente insatisfecho con la libertad de la que dispones para estar solo cuando lo deseas, rodearás con un círculo el número 1. Recuerda que no existen respuestas buenas o malas, lo importante es que reflejen tu opinión personal.

**NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

#### INDICA TU GRADO DE SATISFACCIÓN CON:

	Totalmente insatisfecho	Bastante insatisfecho	En parte satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho
1. Lo unido que te sientes con los miembros de tu familia	1	2	3	4	5
2. Tu propia facilidad para expresar en tu familia lo que deseas	1	2	3	4	5
3. La facilidad de tu familia para intentar hacer cosas nuevas	1	2	3	4	5
4. Las decisiones que toman tus padres en tu familia	1	2	3	4	5
5. Lo bien que se llevan tus padres	1	2	3	4	5
6. Lo justas que son las críticas en tu familia	1	2	3	4	5
7. La cantidad de tiempo que pasas con tu familia	1	2	3	4	5
8. Nuestra familia cambiara la manera de realizar las distintas tareas o quehaceres	1	2	3	4	5
9. Tu libertad para estar solo cuando lo deseas	1	2	3	4	5
10. Las normas o reglas para distribuir las responsabilidades y tareas de la casa entre los distintos miembros de tu familia.	1	2	3	4	5
11. La aceptación de tus amigos por parte de tu familia	1	2	3	4	5
12. Lo que tu familia espera de ti	1	2	3	4	5
13. La cantidad de veces que tomáis decisiones todos juntos en tu familia	1	2	3	4	5
14. La cantidad de actividades de diversión o de ocio que hay en tu familia	1	2	3	4	5

## CARACTERÍSTICAS DEL CUESTIONARIO (CSF):

**Nombre:** Cuestionario de Satisfacción Familiar CSF Autores: Olson y Wilson (1982)

**Adaptación:** Grupo Lisis. Universidad de Valencia. Facultad de Psicología

**Nº de ítems:** 14

**Administración:** Individual o Colectiva.

**Tiempo aproximado de aplicación:** Seis minutos

**Población a la que va dirigida:** Edades comprendidas entre los 12 y los 20 años.

**Codificación:** Este cuestionario evalúa dos dimensiones: Satisfacción con la vinculación emocional (ítems 1,3,5,7,9,11,13,14) y Satisfacción con la flexibilidad (ítems 2,4,5,8,10,12).

### Propiedades psicométricas:

**Fiabilidad:** La fiabilidad de la escala global es de .87, y para cada una de las escalas es de .78 vinculación emocional y .77

### Flexibilidad

**Validez:** Discrimina entre los sexos en el sentido de que los chicos se muestran más satisfechos que las chicas en cohesión familiar, no así en adaptabilidad donde no existen diferencias. Respecto de la edad, se observa en ambos sexos que conforme aumenta la edad de los adolescentes disminuye su satisfacción con respecto al funcionamiento. Tiene correlaciones positivas altas con comunicación con el padre y la madre, con autoestima familiar y con apoyo social del padre y de la madre y, negativa alta con depresión.

### Observaciones

Esta escala ofrece mejores resultados como escala unidimensional, es decir, considerando conjuntamente la cohesión y la adaptabilidad. Esta escala, por su brevedad, da excelentes resultados en formato de entrevista.

**PUNTUACIÓN:** 14-23 PUNTOS: DEFICIENTE, 24-38 NORMAL Y 39-70 PUNTOS: SATISFACTORIO.<sup>107</sup>

---

<sup>107</sup> (www.uv.es, 2019, págs. 6, 7, 8) (10)

## **5.- TERMÓMETRO DE LAS EMOCIONES**

Para los niños e incluso adultos, saber reconocer una emoción y ponerle nombre, no es tarea fácil, y si además, debemos controlar y gestionar esa emoción, implica un trabajo de los padres con los niños muy importante. Poder controlar un sentimiento de frustración, enfado ante una derrota en el juego, tristeza, miedo, son los sentimientos, que desde niños, es muy importante saber reconocer y gestionar. De lo contrario, para muchos niños que sienten algunos de estas emociones, es probable que se viva como el fin del mundo en casa sin poder ser capaces de controlar esa ira, que en un momento dado puede aparecer.

Ponerle nombre a las emociones, nos permite poder hablar de cómo me siento y que síntomas rodean a esa emoción. Por ejemplo, ante un examen, los nervios florecen y aparecen los síntomas tales como, sudoración de manos, ganas de ir el baño, aceleración del corazón, incluso morderse las uñas. Para ello, en este taller, ayudaremos a poner nombre a las emociones y las estrategias para tener un autocontrol de las mismas.

### **CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN**

Podemos recortar con los niños, varias caritas, una sonriente (alegría), otra enfadado (frustración), otra tristeza (melancolía), otra con dos colores en sus mejilla que indican avergonzado, enfermo, en fin... podemos hacer las caritas que se nos ocurran, siempre y cuando vayamos introduciéndoles poco a poco.

El termómetro marcará las emociones y nuestras caritas deberemos situarlas en el estado de la emoción, junto con ello podremos presentar el termómetro a los niños y hacer que señalen e identifiquen su estado de ánimo, pues hay niños que les cuesta exteriorizar más sus sentimientos en palabras, o bien trabajaremos hablando sobre ello con naturalidad con los más pequeños con ejemplos del día a día, cotidiano y cercano a ellos.

El termómetro que manejamos, utiliza solamente las emociones primarias para una fácil y efectiva valoración la cuál va en escala de 1° "grado" hasta 12° "grados" (se representa la emoción en grados haciendo alusión al termómetro), los parámetros son los siguientes:

- **1°: NERVIOSO**
- **2°: MUY NERVIOSO**
- **3°: SUPER NERVIOSO**
- **4°: ENFADADO**
- **5°: MUY ENFADADO**
- **6°: FURIOSO**
- **7°: TRISTE**
- **8°: MUY TRISTE**
- **9°: SUPER TRISTE**

- 10°: **CONTENTO**
- 11°: **MUY CONTENTO**
- 12°: **SUPER CONTENTO**

Se deben formular las preguntas y usar el método de observación para valorar de manera adecuada el estado emocional del niño:

**¿Cómo te sientes?**

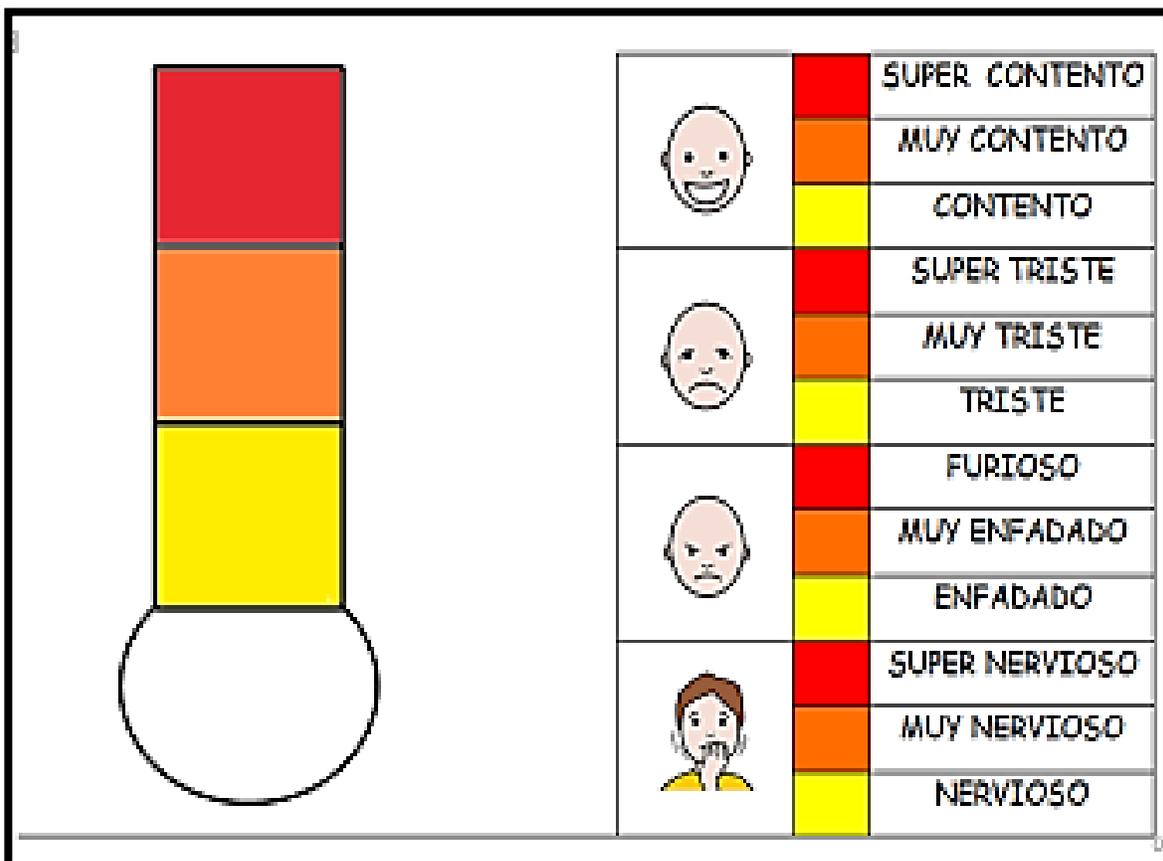
Es el comienzo para reconocer mi estado de ánimo. Para ello seleccionaremos la carita que me identifique.

**¿Dónde lo sientes?**

Es probable que si estoy contento, es porque estoy alegre y con una sonrisa marcada en el rostro. Si estoy enfadado, quizás me duela hasta la cabeza y no exista la sonrisa e incluso la cara muestre tensión.

**¿Por qué me siento así?**

Esta pregunta es clave para comenzar a trabajar las emociones. Hay que reconocer que nos produce esos síntomas y cómo vivimos esa emoción.<sup>108</sup>



<sup>108</sup> (DIVERSIDAD, 2018) (8)

## **6.- CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS DOCENTES “JUEGOS PARA EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS”**

**Objetivo:** Obtener información clave para la elaboración del diagnóstico en la dirección del proceso investigativo.

- 1) Utiliza estrategias basadas en la ejecución de actividades físicas

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Por qué? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 2) ¿Qué actividades físicas utiliza en la enseñanza?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 3) Ejecuta actividades pedagógicas para estimular en el niño y niña, movimientos controlados?

Siempre \_\_\_\_\_ Algunas Veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

- 4) Promueve la práctica del juego como mecanismo para fortalecer el desarrollo Psicomotor?

- Sí \_\_\_ No \_\_\_

- 5) ¿Con qué frecuencia emplea el juego?

Siempre \_\_\_\_\_ Algunas Veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

- 6) ¿Atiendes mediante la práctica de actividad físicas el desarrollo psicomotor?

Sí \_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Dé que Manera? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 7) Evalúas en los niños y niñas las prácticas de actividades físicas mediante el juego como mecanismo para detectar debilidades y fortalezas en el desarrollo psicomotor.

Siempre \_\_\_\_\_ Casi Siempre \_\_\_\_\_ Algunas Veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

**CARACTERÍSTICAS DEL CUESTIONARIO (CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS DOCENTES “JUEGOS PARA EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS”):** El cuestionario está dirigido a los docentes con la finalidad de obtener información para la elaboración del diagnóstico inicial, éste instrumento estuvo basado en la dinámica o rutina de actividad, en la cual se encuentran los niños y niñas de la “Iglesia Cristiana Evangélica Pentecostés Cristo la Peña de Horeb”, donde se obtuvieron los resultados de éste trabajo.

## 7.- “ESCALA DE ESTIMACIÓN PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS MOTRICES”

Ítem	Alternativas de Respuestas		
	Normal	Regular	Ausente
1.- Corre			
2.- Muestra coordinación en sus movimientos			
3.- Muestra control en sus movimientos			
4.- Salta con un pie alternándolos y mantiene el equilibrio			
5.- Salta con soltura			
6.- Recorta			
7.- Ata sus cordones			
8.- Lanza con seguridad			
9.- Maneja el lápiz con precisión			
Total			
Promedio			

### **EL JUEGO COMO INDICADOR BIOPSIICOSOCIAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS.**

En este sentido, Hernández y Otros (2013), elaboraron un estudio denominado “Juegos psicomotores para estimular el desarrollo psicomotor de los niños y niñas de cuatro a cinco años de vida del Círculo Infantil”. El juego se desarrolla en dependencia a la situación que tenga el niño en ella el espacio y el tiempo del que disponga. Esta importante actividad es una forma de organizar a los niños en la educación infantil y una vía para educarlo integralmente. Es fuente reguladora de la conducta de los niños en ella surge, durante la actividad lúdica, la mayor fuerza de autorregulación que no es forzada sino sana, emotiva; el niño subordina sus motivos e intereses a los de los demás niños. El juego no constituye una actividad diferente al trabajo y a las actividades no lúdicas. Todas las actividades que realizan los niños, docentes, artísticas, físicas, tienen una misma estructura. Por otra parte el juego no requiere una conducta particular diferente de la que se necesita para actividades no lúdicas. El juego es una actividad desarrolladora por lo que es necesario incluirlo en las actividades docentes.<sup>109</sup>

### **CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN**

En ésta escala se describen las características motrices del niño (a), que permite obtener las condiciones físicas en las que se encuentra, cada ítem vale un punto y el resultado final se obtienen en un porcentaje total por el número de las alternativas de respuesta según la Susana Josefina Araujo Pérez Licenciada en Educación Física de la Universidad Bolivariana De Venezuela.

---

<sup>109</sup> (Pérez, 2006) (9)