



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

EFFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN ADOLESCENTES CON BAJOS
NIVELES DE ATENCIÓN

AUTOR

Diva Azucena Paredes Torres

AÑO

2018



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

EFFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN ADOLESCENTES CON BAJOS
NIVELES DE ATENCIÓN

Trabajo de titulación presentado en conformidad a los requisitos establecidos
para optar por el título de Psicóloga mención Clínica.

Profesor guía

Mg. Jaime Alberto Terán Ochoa

Autora

Diva Azucena Paredes Torres

Año

2018

DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA

"Declaro haber dirigido el trabajo, Efectos de la Musicoterapia en los niveles de atención de adolescentes, a través de reuniones periódicas con la estudiante Diva Azucena Paredes Torres, en el semestre 2018-2, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación"

Jaime Alberto Terán Ochoa
Magister en Gerencia de Salud
CI:1707993562

DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, Efectos de la Musicoterapia en los niveles de atención de adolescentes, de la estudiante Diva Azucena Paredes Torres, en el semestre 2018-2, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación"

Mauricio Xavier Chipantiza Saens
Magister en Artes mención Psicología Clínica
CI: 1710867415

DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, Efectos de la Musicoterapia en los niveles de atención de adolescentes, de la estudiante Diva Azucena Paredes Torres, en el semestre 2018-2, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación"

Javier Ricardo Toro Merizalde
Magister en Educación
CI: 1712635596

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Diva Azucena Paredes Torres

CI: 1003334826

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, mi hermana y mi abuela por apoyarme y alentarme siempre a cumplir mis metas, a mis tres perros Akari, Jocker y Nirvana por ser mis compañeros incondicionales y darme fuerzas para lograr mis objetivos, y finalmente a mi tutor por saber guiarme con sabiduría y paciencia por el camino indicado.

DEDICATORIA

A Diva y Hugo les dedico todo mi esfuerzo, muestra de mi orgullo hacia ellos. A Aleyda principal fuente de inspiración para mi trabajo. A Gilda por siempre confiar en mí. A Akari, Jocker y Nirvana, por ser el motor de mi vida que siempre me ha impulsado.

RESUMEN

Actualmente existe un alto porcentaje de adolescentes con bajos niveles atencionales, debido a que es una etapa de la vida complicada, en la cual se incrementan las exigencias del entorno, por lo tanto se empieza a tomar decisiones y a funcionar de forma autónoma. En la gran mayoría de los casos genera dificultades extra como bajo rendimiento, frecuentes cambios de humor, entre otras. (Brown, 2006).

Se ha utilizado a la música como terapia desde la prehistoria, en la antigüedad se le atribuía a la música poderes mágicos, religiosos y de curación, se creía que era capaz de curar el cuerpo, calmar la mente y purificar el alma (Zavala, 1993).

El presente proyecto de investigación está enfocado a demostrar los efectos de la musicoterapia en los niveles de atención en los adolescentes, de los cuales se tomará como muestra participantes de edades comprendidas entre 15 y 18 años, estudiantes de un colegio de la ciudad de Ibarra a través de la aplicación de musicoterapia dirigido por un psicólogo musicoterapeuta.

El modelo que se ha escogido para la presente investigación es un modelo experimental, de enfoque cualitativo; debido a que se basa en la información obtenida en las experiencias subjetivas, es decir en el estudio que se va a realizar. Se escogió este modelo ya que es pertinente para el presente trabajo de titulación.

Palabras clave: Musicoterapia, musicoterapeuta, música, atención, adolescencia, investigación.

ABSTRACT

Currently there is a high percentage of adolescents with low levels of attention, because it is a complicated stage of life, in which the demands of the environment are increased, therefore you begin to make decisions and operate autonomously. In the vast majority of cases, strange genders under performance, mood swings, among others. (Brown, 2006).

Music has been used as therapy since prehistoric times, ancient music is attributed to magical powers, religious and curatorship, it was believed that it was able to heal the body, calm the mind and purify the soul (Zavala, 1993).

The present research project is focused on the effects of music therapy on the levels of attention in adolescents, from which students of a school in the city of Ibarra are taken as parameters of ages between 15 and 18 years. through the application of music therapy directed by a music therapist psychologist.

The model that has been chosen for the present investigation is an experimental model, with a qualitative approach; because it is based on the information obtained in the subjective experiences, that is, in the study that is going to be carried out. This model was chosen, which is relevant for the present titling work.

Keywords: Music therapy, music therapist, music, attention, adolescence, research.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN...4	
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....7	
3. OBJETIVOS.....7	
3.1. OBJETIVO GENERAL.....7	
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....8	
4. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....8	
4.1. MUSICOTERAPIA.....9	
4.1.1. EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA.....10	
4.1.2. DIVISIÓN DE LA MUSICPTETAPIA.....11	
4.1.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS.....11	
4.1.4. ÁREAS DE APLICACIÓN.....12	
4.1.5. MODELOS DE MUSICOTERAPIA.....13	
4.1.5.1. MODELO NORDOFF-ROBBINS.....13	
4.1.5.2. MODELO CONDUCTISTA.....14	
4.1.5.3. MODELO BENENZON.....14	
4.1.5.4. MODELO PRIESTLEY: MUSICOTERAPIA ANALÍTICA..15	
4.1.5.5. MODELO RIORDON/ BRUSCIA.....15	
4.1.5.6. MODELO DE JULIETTE ALVIN.....16	
4.1.5.7. MODELO GIM: IMAGINACIÓN GUIADA Y MÚSICA.....16	
4.2. ATENCIÓN.....19	
4.2.1. MODELO ATENCIONAL DE SOHLBERG Y MATEER.....20	
4.2.1.1. AROUSAL.....21	
4.2.1.2. ATENCIÓN FOCALIZADA.....21	
4.2.1.3. ATENCIÓN SOSTENIDA.....21	
4.2.1.4. ATENCIÓN SELECTIVA.....21	
4.2.1.5. ATENCIÓN ALTERNANTE.....22	

4.2.1.6. ATENCIÓN DIVIDIDA.....	22
4.3. ADOLESCENCIA.....	23
5. HIPÓTESIS.....	25
6. VARIABLES.....	25
6.1. MUSICOTERAPIA.....	25
6.2. ATENCIÓN.....	25
7. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.....	26
7.1. TIPO DE DISEÑO Y ENFOQUE.....	26
7.2. MUESTREO Y PARTICIPANTES.....	26
7.2.1. PARTICIPANTES.....	26
7.2.2. MUESTREO.....	27
7.3. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
7.4. PREVALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	28
7.5. PROCEDIMIENTO.....	29
7.6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	45
7.6.1. D2 TEST DE ATENCIÓN.....	45
7.6.2. INTEGRACIÓN DE DATOS.....	46
8. VIABILIDAD.....	46
9. ASPECTOS ETICOS.....	48
9.1. CONSENTIMIENTOS Y ASENTIMIENTOS.....	48
9.2. TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	48
9.3. AUTORREFLEXIVIDAD.....	48
9.4. CONSECUENCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
9.5. DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS.....	50
9.6. AUTORIZACIÓN PARA USO DE TESIS.....	50
9.7. DERECHOS DE AUTOR.....	50
10. ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.....	51

11. CRONOGRAMA	58
REFERENCIAS.....	59
ANEXOS.....	69

INTRODUCCIÓN

El hombre comienza a conocer el mundo a través de sus sentidos, parte de estos sentidos son los estímulos auditivos y son igual de reales e importantes que los demás estímulos sensoriales. Esta experiencia sensorial que todo ser humano experimenta al momento de oír, permite comprender el mundo exterior de forma diferente a otros estímulos sensoriales (Zavala, 1993).

La música está presente en la humanidad desde el inicio de los tiempos, los seres humanos hemos expresado musicalmente actividades, sentimientos, estados de ánimo, deseos, entre otros; y juega un papel muy importante en la vida del hombre para comprender, enriquecer y comunicar; es por esto que cada vez se investiga más acerca de la aplicación terapéutica de la música en casos psicológicos y psiquiátricos (Zavala, 1993).

La adolescencia según la OMS es una etapa entre los 10 y 19 años de edad en la cual ocurre una importante de transición que contiene una serie de cambios físicos, psicológicos y biológicos (OMS, 2016). Se puede decir que es el periodo más difícil de la vida debido a que es la transición de niños a adultos y se experimentan más cambios a nivel físico y emocional que en cualquier otra etapa (Castellano, G. Hidalgo, M. & Redondo, A, 2004). En la población adolescente las capacidades cognitivas se asientan y la Musicoterapia es mejora las respuestas del adolescente frente al estímulos produciendo una maduración más rápida de la respuesta del cerebro frente a sonidos con una sensibilidad prolongada del cerebro frente a los detalles de cada sonido (Universidad Northwestern, 2015).

La atención es considerada una función esencial para llevar la vida de un modo adaptado. Se requiere atender para entender y aprender, es por esto que se puede decir que se necesita por lo menos un mínimo de atención para que nuestra cotidianidad sea exitosa (Soprano, 2009). La atención en el ámbito estudiantil es muy importante, ya que se podría decir que es el primer factor que influye en el aprendizaje y en el rendimiento académico (Bklein, 1991). Se puede decir que la atención es un proceso de selección de información al momento de realizar determinada tarea (Luria, 1979). La atención ha sido un importante objeto de estudio a lo largo de la historia, convirtiéndola en una función cognitiva que está directamente vinculada con el aspecto emocional de la persona (Soprano, 2009). Por otro lado, el modelo Atencional de Sohlberg y Mateer (1987), o modelo clínico de la atención, es un modelo jerárquico que va desde el nivel más fácil hasta el nivel más difícil donde cada nivel necesita del correcto funcionamiento del nivel inferior.

La musicoterapia es una terapia psicológica en la cual se usan expresiones corporales, sonoras y verbales, esta psicoterapia busca desarrollar un vínculo entre el musicoterapeuta y el paciente o los pacientes para poder mejorar su calidad de vida y/o adaptarse mejor a la sociedad actual (Benenzon, 2004). La música se considera una herramienta capaz de producir energía, conservar, mejorar o recuperar la salud, consolidar emociones y mejorar o desarrollar capacidades cognitivas como la atención. (Elvira, 2004). La intervención de la musicoterapia se da en varias áreas de medicina, psicología y pedagogía (Elvira, 2004). La musicoterapia tiene efectos fisiológicos, psicológicos, y efectos intelectuales y se divide en Musicoterapia curativa que tiene el objetivo de sanar enfermedades y Musicoterapia preventiva que se centra en prevenir enfermedades (Ruggero, 2011).

Existen varias técnicas de musicoterapia divididas en: musicoterapia receptiva, que es más común cuando el paciente no puede participar de la improvisación

musical, se centra en la escucha de música grabada o interpretada por alguien más; y musicoterapia activa es cuando el paciente hace uso de los instrumentos musicales, de su cuerpo y de los sonidos (Bruscia, 1999).

En Musicoterapia el Modelo GIM “Imaginación Guiada y Música”, se basa en que el paciente pueda liberar emociones intensas, desarrollar el pensamiento simbólico, una relajación profunda y crear conciencia de sí mismo (Bruscia, & Grocke, 2002), mediante tres etapas: etapa de valoración inicial de musicoterapia, etapa de intervención musicoterapéutica, y etapa de evaluación y cierre (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Hugo, 2007).

Se ha utilizado musicoterapia para tratar varias enfermedades mentales así también como para tratar algunos trastornos neurológicos que incluyen amnesia, demencia, Parkinson, esquizofrenia, depresión, afasia, Alzheimer, entre otros, y se ha demostrado mejoras en varios de los síntomas (Benenson, 2003).

En la actualidad no existen Investigaciones acerca de la relación entre la musicoterapia y los niveles de atención en los adolescentes, es por eso que la investigadora encontró interés por realizar un estudio acerca de esta relación y brindar un nuevo e innovador aporte dentro del ámbito psicológico.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene como objeto de estudio, demostrar los efectos de la Musicoterapia en los niveles de atención de adolescentes de 15 a 18 años de bachillerato de un colegio de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.

Como antecedente a la presente investigación se debe resaltar el estudio de Trujillo (2010) quien determino que el contexto en el que se va a realizar la investigación, existió en el año 2010 un rendimiento académico regular en el colegio Diocesano Bilingüe de la ciudad de Ibarra. Las notas promedio de las materias básicas de este colegio mediante la media aritmética, tuvieron como resultado que los estudiantes muestran un rendimiento regular según Trujillo (2010), ya que los alumnos de los cuartos cursos tienen un promedio de 17.35, los de los quintos cursos un promedio de 15.90, y finalmente los de los sextos cursos un promedio de 13.33.

El decreto Ejecutivo N° 366, publicado en el Registro Oficial N° 286 del 10 de junio de 2014 dice que los estudiantes con un promedio entre 17,00 y 18,99 alcanzan los aprendizajes requeridos, los estudiantes con un promedio entre 14,01 y 16,99 están próximos a alcanzar los aprendizajes requeridos y los estudiantes con un promedio menor a 14 no alcanzan los aprendizajes requeridos. Por lo tanto los alumnos de los cuartos cursos alcanzan los aprendizajes requeridos, los alumnos de los quintos cursos están próximos a alcanzar los aprendizajes requeridos y los alumnos de los sextos cursos no alcanzan los aprendizajes requeridos. (Ministerio de Educación, 2016). Esto evidencia que los promedios de los alumnos de los quintos y sextos cursos no alcanzan los aprendizajes requeridos, es por esto que si nos basamos en la escala que usa Trujillo (2010) daría un promedio regular.

Trujillo (2010) asume que el rendimiento académico es la principal consecuencia de la falta de atención en las clases, sin embargo, la variable estudiada en esta investigación es el rendimiento académico, más no la atención. En el presente estudio se va a complementar el estudio de Trujillo, tomando en cuenta la variable atención, se identificara si en realidad existen bajos niveles Atencionales en los estudiantes del colegio Diocesano Bilingüe.

La música es considerada como un aspecto fundamental para el desarrollo de las capacidades cognitivas, como la atención, ya que afecta directamente al aprendizaje de una manera positiva (Elvira, 2004). También es muy importante al momento de aprovechar habilidades personales, por lo que es un apoyo para la motivación y fortalece el proceso educativo mejorando la educación escolar del alumno (Melo, 2017).

La presente investigación se centra en la relación musicoterapia-atención debido a que no existen estudios acerca del vínculo de estas dos variables, sin embargo existen estudios que mencionan que la musicoterapia mejora el nivel motivacional del alumno y este influencia en los niveles de atención, motivo por el cual se decidió estudiar de manera directa el efecto de la musicoterapia en la atención y no en la motivación, por ejemplo mediante la observación, Melo (2017) asegura que en la mayoría de instituciones educativas existe referencia de un bajo nivel motivacional en cuanto a las actividades académicas que realizan los estudiantes, motivo por el cual el nivel atencional disminuye; en base a esta problemática se propone que es posible mejorar la motivación y por ende la atención mediante la Musicoterapia, para finalmente lograr un aprendizaje integral; de la misma manera es posible disminuir el estrés y la tensión en clases, brindando un ambiente que facilite el aprendizaje. En diversas instituciones existe un bajo rendimiento académico debido a la falta de métodos innovadores en su aprendizaje que estimulen al estudiante (Velásquez, 2009).

La presente investigación está apoyada en diversos estudios como: La musicoterapia en niños que presentan dificultades de aprendizaje (Elvira, 2004), en el aula de clases (Martínez, 2012), en el idioma inglés como lengua extranjera (Mora, 2012), en el aprendizaje (Vides, 2014), como tratamiento para la conservación de la memoria en pacientes con demencia tipo alzheimer (Villamizar, 2007), en el desarrollo intelectual (Ordoñez, 2011), en el tratamiento educativo de la diversidad (Palacios, 2012) y finalmente la musicoterapia en neurociencias (Jauset, 2008); los cuales han sido realizados en diferentes contextos, poblaciones, y en los resultados se menciona de forma cualitativa que se ha mejorado la atención en diversos ámbitos, sin embargo en ninguno de los estudios presentes ha sido estudiada la atención de una manera cuantitativa como principal variable, lo cual se pretende realizar en el presente estudio y es el aporte que brinda, reforzando de esta manera el aprendizaje escolar en adolescentes. Afrontar el bajo rendimiento académico escolar mediante la musicoterapia, implica una gran ayuda tanto para escolares, como para sus padres que están involucrados en el proceso educativo de los mismos, con el objetivo de llegar a un óptimo aprendizaje educativo (Moreno, 2009).

En la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura, no existen estudios acerca de la Musicoterapia como terapia alternativa para incrementar el desarrollo de la atención. Por lo que este estudio contribuirá a conocer los efectos de la musicoterapia en la atención, ya que esta capacidad cognitiva está directamente vinculada al rendimiento escolar. Así lo demuestra Navarro (2015) en su estudio investigativo, donde se ha tomado como referencia las calificaciones de la materia de matemáticas para evidenciar que la variable atención tiene una fuerte influencia frente al rendimiento académico de los estudiantes. Concluyendo que los alumnos con menores calificaciones en las pruebas de atención, también presentan menores calificaciones en la materia de matemáticas (Navarro, 2015). Por otro lado en el colegio privado Diocesano Bilingüe se encuentra como resultado de una investigación que el rendimiento académico es regular, pero no estudia a la atención de estos estudiantes, por lo cual aporta un nuevo

conocimiento para este contexto (Trujillo, 2010), también se escogió a adolescentes entre los 15 y 18 años porque es una población relevante, ya que es la etapa evolutiva donde las capacidades cognitivas se asientan a diferencia de la población infantil (Universidad Northwestern, 2015).

Se escoge como muestra de la población a adolescentes con bajo rendimiento académico para complementar el estudio de Trujillo, en el cual se interfiere que el bajo rendimiento académico se debe a bajos niveles atencionales, entonces se pretende estudiar únicamente a los adolescentes con bajos niveles atencionales.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los efectos de la Musicoterapia en los niveles de atención de adolescentes de 15 a 18 años de bachillerato de un colegio de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los efectos de la Musicoterapia en los niveles de atención de adolescentes de 15 a 18 años de bachillerato de un colegio de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los niveles de atención previos a la aplicación de la Musicoterapia en adolescentes.
- Determinar los niveles de atención posteriores a la aplicación de Musicoterapia en adolescentes.
- Comparar los niveles previos y posteriores a la Musicoterapia de la atención en adolescentes.

4. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Para el presente trabajo se describirá los principales conceptos dentro de esta investigación, tomando en cuenta la adolescencia, la atención, el bajo rendimiento académico, y la musicoterapia. La lectura que se presenta de la problemática tiene un enfoque y bases en el modelo Cognitivo, desde el cual se concibe a la adolescencia como una etapa evolutiva importante del ser humano, al bajo nivel atencional como la dificultad para adaptarse al entorno de forma adecuada, debido a que no se dirige los recursos mentales hacia determinados estímulos del entorno (De Vega, 1984) y se pretende estudiar a la población desde un punto de vista que permita un mejoramiento en el nivel atencional del adolescente y se centre en el progreso del mismo, donde las percepciones influyen en emociones y comportamientos (Beck, 1964).

4.1. MUSICOTERAPIA

Desde que se tiene memoria la música ha sido un factor de suma importancia en la vida de los seres humanos considerándose como una herramienta capaz de producir energía, enriquecer la vida, recuperar salud, prevenir enfermedades, estabilizar emociones y finalmente desarrollar capacidades cognitivas como la atención; estos beneficios que nos brinda la música provocan un mejoramiento en la calidad de vida de las personas (Elvira, 2004). El uso terapéutico de la música se denomina Musicoterapia, donde su intervención se da en áreas de medicina, psicología y pedagogía, y se provocan cambios físicos, cognitivos y emocionales en las personas (Elvira, 2004).

En la primera mitad del siglo XIX Rafael Rodríguez Méndez, plasma la primera tesis donde relaciona a la música con la medicina y la define como un tratamiento terapéutico para las personas enfermas, y en 1935 Víctor Marín Corralé crea el término musicoterapia, el cual lo define como factor terapéutico en la Academia de Medicina de Zaragoza (Corralé, 1935).

Existen varios conceptos de la Musicoterapia por ejemplo, según el diccionario de la Real Academia Española la Musicoterapia es la utilización de la música para lograr sanación como terapia generalmente psicológica (Real Academia Española, 2001). Es un proceso en el cual el cambio de conducta del paciente se da en base a la música, y el objetivo del terapeuta es ayudar al paciente a mejorar y mantener el bienestar personal (Bruscia, 2013).

La Musicoterapia sirve para el “tratamiento, rehabilitación, la educación” con el objetivo de enseñar a personas con diferentes tipos de trastornos (Alvin, 1967). Se convierte en un medio de comunicación con el fin de originar situaciones

regresivas abriendo vías comunicacionales las cuales provocan un proceso de sanación de la persona (Benenzon, 1985) y produce mezclas inteligibles de tonos organizados y estructurados con diversidad de expresión en ritmo, melodía, volumen y cualidad tonal, por otro lado la terapia es la utilización de la música con el fin de causar cambios en las personas que la escuchan (Gaston, 1957). Por lo tanto, es el uso científico de la música dirigida por un terapeuta para provocar modificaciones comportamentales de determinada persona, para poder tener una mejor adaptación a la sociedad y mejoramiento de la salud (National Association for Music Therapy, 1988) siendo una herramienta terapéutica no-verbal, para prevenir, restaurar y aumentar la salud. (Poch, 1999).

4.1.1. Efectos de la Musicoterapia

- Efectos fisiológicos: Mediante la musicoterapia se agudiza el oído, acelera o disminuye el ritmo cardíaco, presión sanguínea, y respiración, también influye en el reflejo pupilar, movimientos peristálticos del estómago, y aumenta la actividad muscular, relajación, y está relacionada con los niveles de resistencia al dolor (Ruggero, 2011).
- Efectos psicológicos: facilita la catarsis, sublimación, aumenta la energía corporal, provocar y fortalece las emociones y sentimientos como miedo, amor, odio, alegría, entre otros (Ruggero, 2011).
- Efectos intelectuales: Ayuda a desarrollar la atención sostenida, la imaginación, la reflexión, a tomar consciencia, la memoria, el sentido del orden, capacidad de análisis; mejora el aprendizaje, la autoeducación, el autodomínio de la voz y el movimiento corporal; y ofrece recursos para el desarrollo de habilidades sociales y la comunicación verbal y no-verbal, (Ruggero, 2011).

4.1.2. División de la Musicoterapia

- Musicoterapia curativa: Es aquella que se utiliza como refuerzo al momento de realizar un diagnóstico clínico, tiene el objetivo de sanar enfermedades en varios casos, y diversas áreas de la salud por ejemplo: en rehabilitación, educación especial, psiquiatría, geriatría, drogodependencias, trastornos alimenticios, terapia familiar, parálisis cerebral, epilepsia, cirugía, oncología (Ruggero, 2011).
- Musicoterapia preventiva: Como su nombre lo indica, su objetivo es prevenir enfermedades de tipo físico o psicológico, y se utiliza en varias áreas como: parvulario, educación, en centros sociales, en el trabajo, medicina, psicología, psiquiatría, entre otros (Ruggero, 2011).

4.1.3. Métodos y técnicas de la Musicoterapia:

- Métodos Receptivos: Se centran en la escucha musical, que puede complementarse con la expresión verbal o escrita, sirve como estimulante de imágenes y concientización de estímulos. Se aplica música grabada acompañada de técnicas verbales, corporales y creativas, como la pintura para establecer la relación terapeuta-paciente (Ruggero, 2011).
- Métodos activos: El principal elemento es la improvisación musical en el canto, danza y expresión corporal y ayuda a establecer el vínculo terapeuta-paciente, brindar seguridad, motivación, facilita la interacción, aumenta la comprensión y consciencia de estímulos externos e internos. La música que se

creada es una experiencia creativa y una gran herramienta de comunicación para poder mantener el proceso terapéutico (Ruggero, 2011).

4.1.4. Áreas de aplicación de la Musicoterapia

- Educativa: los objetivos van de la mano del aprendizaje, por ejemplo: educación musical especial, musicoterapia en educación especial (Martínez, 2012).
- Enseñanza: los objetivos se centran en el aprendizaje de la música, por ejemplo: enseñanza de la música adaptativa, psicoterapia musical educativa (Martínez, 2012).
- Conductual: El objetivo principal es modificar una conducta inadecuada o des adaptativa, por ejemplo: música funcional, musicoterapia conductista (Martínez, 2012).
- Psicoterapéutica: Se utiliza la música con objetivo terapéutico, por ejemplo: música inspiratoria (Martínez, 2012).
- Supervisión y formación: Su objetivo es la supervisión de terapeutas, por ejemplo: demostraciones de musicoterapia y “Role plays” (Martínez, 2012).
- Médica: El objetivo es la prevención y el tratamiento de enfermedades, por ejemplo: la música en medicina (Martínez, 2012).
- Curativa. El objetivo es promover la curación y bienestar de la persona mental o físicamente, por ejemplo: curación por el sonido (Martínez, 2012).
- Recreativa: tiene objetivos de entretenimiento y diversión, por ejemplo: la música ceremonial, música recreativa terapéutica (Martínez, 2012).

- Actividades: el objetivo se centra en el cambio o aprendizaje mediante actividades de la música, por ejemplo: terapia de la actividad musical, musicoterapia de rehabilitación (Martínez, 2012).
- Las artes interrelacionadas: el objetivo es integrar experiencias de las demás artes, por ejemplo: actividad expresiva terapéutica, la música en la terapia de artes creativas (Martínez, 2012).

4.1.5. Modelos de Musicoterapia: En 1999 en Washington fue el 9º Congreso Mundial de Musicoterapia, donde la comunidad de Musicoterapeutas de todo el mundo reconoció los siguientes modelos teóricos de Musicoterapia (Andrade y Guato, 2013).

4.1.5.1. Modelo NORDOFF-ROBBINS: Creado en 1976 por Paul Nordoff y Clive Robbins, es el modelo de musicoterapia creativa que es abordado desde la improvisación y se vincula a varias teorías de la musicoterapia de la Psicología Humanista de Maslow. El terapeuta debe realizar un proceso creativo dividido en tres partes: primero crear e improvisar música, segundo la música improvisada sirve para que el terapeuta mantenga contacto con el paciente de una manera creativa, y tercero, el terapeuta en conjunto con el paciente crean música. Las aplicaciones clínicas del modelo de Musicoterapia creativa son adecuadas en niños/as que pueden tener algún tipo de retraso del desarrollo (Andrade y Guato, 2013).

4.1.5.2. Modelo Conductista. Se denomina modelo Behaviorista, el cual es formado en 1975 por Clifford Madsen con su libro "Research in Music Behavior. Modifying Music Behavior in Classroom". El análisis conductista es el principal elemento de este modelo, y es necesario que sea un tratamiento individual centrado en las necesidades específicas de la persona; por otro lado la conducta o comportamiento hace referencia al acto que se hace, dice, o piensa. El desarrollo metodológico del modelo conductista es una forma cognitiva para cambiar o modificar de conducta de la persona, donde es necesario un análisis conductual de factores "fisiológicos, motrices, psicológicos y emocionales", con el objetivo de lograr cambios generales en el comportamiento del paciente (Andrade y Guato, 2013).

4.1.5.3. Modelo Benenzon: Rolando Omar Benenzon, formado en psicoanálisis y en técnicas psicodramáticas, fue músico y compositor, siendo el principal autor en el ámbito de la musicoterapia en el Autismo, en Coma, Alzheimer, entre otros. El modelo fue creado en 1969 está apoyado en teorías Freudianas y Jungueanas, donde el uso de la música en terapia se da a partir de dos experiencias concretas (Andrade y Guato, 2013):

- Biología del sonido: El ritmo puede llegar a incrementar o disminuir la energía muscular, la respiración, el impacto de estímulos sensoriales, entre otros (Andrade y Guato, 2013).
- Psicología del sonido: La Musicopsicoterapia es una terapia dentro de la psicología que usa expresiones

corpóreo - sonoro - no verbales con la intención de crear un vínculo entre el musicoterapeuta y paciente, con la intención de mejorar su calidad de vida (Andrade y Guato, 2013).

4.1.5.4. Modelo Priestley: Musicoterapia analítica: Nació en Gran Bretaña en 1970, con el denominado “inter Therapy group”. Mary Priestley, violinista profesional de “Guildhall School of Music and Drama in London”, en 1975 publica el libro “Music Therapy in Action” que es el cimiento del modelo, que combina la Musicoterapia con el psicoanálisis de Klein, Jung, Winnicott y Freud, y se centra en trabajar sentimientos inconscientes mediante la improvisación de la música, la Musicoterapia analítica tiene la finalidad de explorar la vida interior del paciente para lograr mayor conocimiento de sí mismo. En las aplicaciones clínicas es eficaz tanto en niños como en adultos con diversidad de problemas psicológicos desde la escucha, la capacidad verbal, pensamiento simbólico (Andrade y Guato, 2013).

4.1.5.5. Modelo Riordon/ Bruscia: Inicialmente fue un método que mediante el baile ayudaba a personas discapacitadas a desarrollar creatividad y auto expresión; en 1978 fue adaptado a la Musicoterapia por Kenneth Bruscia, como un modelo combinado, donde el paciente debe seguir consignas fáciles e imitar al musicoterapeuta en el baile y la música (Andrade y Guato, 2013).

4.1.5.6. Modelo de Juliette Alvin “Improvisación libre”: Es un modelo estrictamente musical debido a que se centra totalmente en escuchar o hacer música, y es inclusivo porque incluye cualquier material musical. Alvin menciona que la improvisación es libre debido a que cualquier intento de crear música es permitido y no requiere ninguna habilidad especial porque el paciente elige por sí solo como será su improvisación, ya que no existen normas o restricciones por parte del terapeuta. La utilización clínica del modelo de improvisación libre puede realizarse de manera individual o grupal en personas con problemas del desarrollo, interacción inter e intra personal, falta de liberación emocional. Una importante contraindicación de este modelo es que en ocasiones la música es utilizada para evadir el mundo real, y otra es cuando el paciente tiene algún problema de audición, alucinaciones, epilepsia musicógena. Su tratamiento maneja tres fases: FASE 1: El paciente empieza a relacionarse con el mundo físico de los objetos por medio de actividades que le conectan corporalmente con el entorno. FASE 2: La segunda fase se dedica a establecer una relación paciente-terapeuta que facilite el Autoconocimiento y ayude al paciente a resolver conflictos personales que le llevaron al aislamiento. FASE 3: Esta fase ayuda al paciente a relacionarse con compañeros u otros grupos (Andrade y Guato, 2013).

4.1.5.7. Modelo GIM: Imaginación guiada y música: Helen Bonny trabajaba como Musicoterapeuta en 1960, guiada por el modelo conductista y en 1970 en un Centro Psiquiátrico de Maryland, posteriormente dividió dos procedimientos en la GIM: primero, mediante el “entrenamiento autógeno” de

Schultz o la “relajación progresiva y visualización introducida” de Jacobson alterar el estado de conciencia; segundo alterar el potencial de la evocación con música, que consiste en el pensamiento de imágenes mientras se escucha música para hacer un proceso consiente. Las aplicaciones clínicas de la GIM “clásica” no es recomendable para personas con psicosis, inestabilidad emocional o discapacidad intelectual, pero tiene bastante eficacia en personas con cáncer, estrés, adicciones, entre otras (Andrade y Guato, 2013).

En la presente investigación se aplicará el método BONNY, el cual se basa en el Modelo GIM “Imaginación Guiada y Música”, tiene los siguientes objetivos terapéuticos (Bruscia, & Grocke, 2002):

- Ayudar al paciente a ceder lo controles habituales (Bruscia, & Grocke, 2002).
- Facilitar la liberación de emociones intensas (Bruscia, & Grocke, 2002).
- Desarrollar el pensamiento simbólico (Bruscia, & Grocke, 2002).Relajación profunda (Bruscia, & Grocke, 2002).
- Crear conciencia de sí mismo (Bruscia, & Grocke, 2002).
- Facilitar una transformación personal (Bruscia, & Grocke, 2002).

Su tratamiento maneja tres etapas:

- ETAPA DE VALORACIÓN INICIAL DE MUSICOTERAPIA: esta etapa se basa en la propuesta del abordaje plurimodal, se usan fuentes específicas musicoterapéuticas, fuentes compartidas con otras disciplinas y fuentes

de otras disciplinas. Esta etapa se desarrollará en las primeras cuatro sesiones y se tomará como ejes centrales el trabajo con canciones y la improvisación (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Hugo, 2007).

- ETAPA DE INTERVENCIÓN MUSICOTERAPEUTICA: en esta etapa se espera ver resultados positivos en la empatía y la asertividad del grupo, esta etapa se llevara a cabo desde la intervención número 5 hasta la sesión 11 (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Hugo, 2007).
- ETAPA DE EVALUACIÓN Y CIERRE: esta etapa se dará a través de actividades realizadas en las sesiones de intervención, combinadas con nuevos elementos. La evaluación se hará en cada sesión y el cierre se dará en la sesión número 12 (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Hugo, 2007).

En terapia grupal la disposición de los participantes es circular para dar importancia a la acústica y el formato de una sesión grupal es de 4 a 12 integrantes en técnicas activas y 25 en técnicas receptivas, sin embargo en la presente investigación se formaran grupos de 8 personas, se utilizara un determinado protocolo de intervención, estructurado y orientado hacia adolescentes y se realizara dentro de una área Psicoterapéutica, ya que se utiliza a la musicoterapia con objetivo terapéutico en los niveles atencionales de adolescentes (Martínez, 2012).

El estudio realizado por Elvira (2004) consistió en la aplicación de un Programa de Musicoterapia en la Escuela Básica Nacional “Los Salias” con una muestra de 57 estudiantes con dificultades de aprendizaje, se aplicaron cuestionarios y encuestas a 11 maestros, 20 alumnos que no participaron, 23 padres y 10 personas parte del personal de la escuela. Los resultados evidencian que existen varios cambios en los participantes, de los cuales los principales son un incremento en la atención provocando mejoramiento en el rendimiento escolar. Este estudio es importante para la presente investigación debido a que es similar al estudio y se esperan resultados semejantes, sin embargo, el aporte adicional

que brinda, es que se diferencia del resto de estudios al realizarse en una población adolescente en la Ciudad de Ibarra y mantiene una metodología cuantitativa y ofrece un programa de musicoterapia integrador para incentivar a la obtención de una mayor conciencia y facilitar el mejoramiento personal y transpersonal: el respeto, aceptación, empatía, congruencia con sí mismo y con los demás (Del Rosario, Bey y Juárez, 2016).

4.2. ATENCIÓN

La atención es un proceso de selección de información para realizar determinada tarea de una manera óptima y favorece a la ejecución de una respuesta correcta para cada acción (Luria, 1979), Wilhelm Wundt menciona que la atención define el nivel en el que las ideas son conscientes en la mente humana (Roselló, 1997). Para Agustín de Hipona (354-430 A. D.) tiene carácter voluntario e involuntario, Descartes (s. XIV-XV) determina que depende de cuan novedoso sea el estímulo, mientras Leibniz (1646-1716), de cuan interesante sea el estímulo (Pérez, 2008).

A lo largo de la historia la atención tiene un gran recorrido en el tiempo, sin embargo, comienza a estudiarse de forma más científica con el inicio de la psicología como disciplina a finales del siglo XIX, cuando se funda el primer laboratorio de psicología por Wundt (Pérez, 2008). En la actualidad la atención es una función cognitiva que está directamente vinculada con el aspecto emocional de la persona (Soprano, 2009).

En el estudio de los procesos psicológicos superiores resalta la atención como base del funcionamiento cognitivo del ser humano. Se ha diferenciado el sistema atencional superior, el cual se activa en la realización de tareas intelectuales

complejas, las cuales no son iguales a la rutina de trabajo del sujeto, por lo que se inician procesos relacionados con la recuperación y el almacenamiento de la información en la memoria a largo plazo. Este procedimiento amerita de la utilización del sistema de atención anterior, el cual está implicado en el control ejecutivo, coordinado y reflexivo del pensamiento y la conducta. Este último ocupa un papel importante en el procesamiento de la información interna, ya almacenada por el sujeto. De esta forma se evidencia como son dos sistemas que se interrelacionan, en el que uno, el sistema atencional anterior, pasa a ser un instrumento para la consecución de una meta organizada por el otro, el sistema atencional superior, siendo un procesamiento reflexivo. Las bases neuroanatómicas del sistema atencional son fundamentalmente el córtex pre frontal y en sus múltiples conexiones con otras áreas subcorticales, como los ganglios basales (Lavigne & Romero, 2010). Esto fue lo más reciente que conseguí, al tratarse de conceptos principales en la psicología, los libros no son nuevos, las investigaciones hablan más del trastorno TDH que de la atención como tal.

Kahneman (1973) citado por Ruiz (2017) describe a la atención como un proceso del organismo en el que se desarrolla un control en la elección de estímulos, bien sea por la intensidad de la fijación, por fuerza, lo que puede ser voluntario o involuntario. De esta forma se determina la percepción de la información que es recibida del medio ambiente, para después hacer el procesamiento interno correspondiente, dependiendo de la situación (Ruiz, 2017).

4.2.1. Modelo Atencional de Sohlberg y Mateer: Existen varios modelos atencionales de los cuales para el presente trabajo se ha escogido el modelo atencional de Sohlberg y Mateer (1987), que se denomina el modelo clínico de la atención y es un modelo jerárquico que va desde el nivel más fácil hasta el nivel más difícil donde cada nivel necesita del correcto funcionamiento del nivel

inferior. Se escogió el presente modelo debido a que se basa en información obtenida de la neuropsicología experimental y en las experiencias subjetivas de enfermedad que perciben los pacientes, el cual está enfocado en el ámbito clínico y es pertinente para esta investigación debido a que es un modelo experimental. Los niveles en los que se divide son:

- 4.2.1.1. **Arousal:** Es el primer nivel que permite a las personas mantenerse alerta y estar despiertas, sirve para reaccionar frente a determinados estímulos (Sohlberg y Mateer 1987).

- 4.2.1.2. **Atención focalizada:** Es el nivel que permite responder frente a determinado estímulo de una manera prudente, es cuanto información se obtiene en un periodo de tiempo establecido (Sohlberg y Mateer 1987).

- 4.2.1.3. **Atención sostenida:** Se refiere a la cantidad de tiempo que dura la atención, es decir mantener respuesta frente a una actividad continua en un determinado periodo de tiempo (Sohlberg y Mateer 1987).

- 4.2.1.4. **Atención selectiva:** Se trata de seleccionar la información a la que se va a prestar atención, es decir poder mantener la atención en un determinado estímulo a pesar de que existan otros estímulos distractores (ruidos, preocupaciones) (Sohlberg y Mateer 1987).

4.2.1.5. Atención alternante: Es el nivel que permite que la atención se mueva a diferentes estímulos para controlar la información que se quiere obtener (Sohlberg y Mateer 1987).

4.2.1.6. Atención dividida: Es la capacidad para poner atención al mismo tiempo a dos o más tareas o a más estímulos en una misma tarea (Sohlberg y Mateer 1987).

Uno de los factores más importantes dentro del aprendizaje es la atención, siendo este el primer nivel para tener un óptimo proceso de aprendizaje, (González, Menchén, Fernández, Sempere, García, Navarro, González Maciá, 2015). La principal consecuencia de una baja atención en adolescentes en el ámbito educativo es el bajo rendimiento académico, ya que la atención influye de manera directa en el desarrollo del aprendizaje, (Caiza, 2012) provocando deserción escolar y pérdida de año lectivo, falencias como desaprovechamiento en las clases (Chuquimarca, 2013), poca comprensión, comportamientos que obstaculizan el progreso del grupo en la clase (González, Menchén, Fernández, Sempere, García, Navarro, González Maciá, 2015).

Existen estudios dentro del Ecuador que demuestran que la baja atención de estudiantes provoca bajo rendimiento académico; por ejemplo, En la parroquia de Pintag en la Escuela Unidad Educativa Cristiana Antisana, (Chuquimarca, 2013) y en Guayllabamba en la Escuela Fiscal Mixta República de Colombia, en la cual se realizó una investigación acerca de la falta de atención en niños en el aula de clases con el objetivo de identificar la influencia de la baja atención en el proceso de aprendizaje. Se utilizó una metodología con paradigma cualitativo, descriptiva y técnicas de observación y aplicación de encuestas a 30 estudiantes de segundo año de básica y 10 maestros, con el objetivo de mejorar el aprendizaje de los niños. La validez y confiabilidad del estudio se realizó

mediante la técnica de juicios de expertos, la cual consiste en comparar opiniones e ideas para comprender las relaciones acerca de determinado tema. En los resultados obtenidos se evidenció que el 43% de estudiantes jamás prestan atención el tiempo requerido; el 30% a veces prestan atención; el 27% siempre prestan atención, motivo por el cual la mayoría de estudiantes se distraen fácilmente y no concluyen las tareas, demostrando un bajo desempeño académico, es decir el nivel atencional está directamente relacionado al mal comportamiento y bajo rendimiento académico (Caiza, 2012).

4.3. ADOLESCENCIA

El ciclo de vida de un ser humano está dividido en varias etapas: Etapa prenatal que va desde la gestación hasta antes del nacimiento, la niñez desde los 0 a 11 años, la adolescencia de 12 a 18 años, la juventud 19 a 24 años, la adultez de 25 a 64 años, los senectos primarios de 65 a 69 años, senectos intermedios de 70 a 74 años, los ancianos de 75 a 84 años, los longevos de 85 a 94 años y los pro longevos de 95 años en adelante (Mansilla, 2000).

El presente estudio es dirigido a la etapa de la adolescencia del ciclo vital del ser humano, que según la OMS la adolescencia es un periodo de transición que se da alrededor de los 10 y los 19 años de edad, y es una de las etapas más importantes, ya que contiene varios cambios en la persona (OMS, 2016). La adolescencia es considerada como una fase de aprendizaje de conocimientos que sirven para enfrentar la edad adulta (Iglesias, 2013), es una etapa evolutiva que inicia aproximadamente a los 11 años y termina a los 19 años, donde ocurren importantes cambios físicos, psicológicos, y hormonales que son el camino de transición de la infancia a la adultez (Silva, 2006). La población adolescente es relevante para este estudio debido a que es la etapa evolutiva en la que las capacidades cognitivas se asientan a diferencia de la población infantil, motivo

por el cual, es más prudente estudiar los niveles atencionales en ésta etapa; y para la Musicoterapia es relevante debido a que ayuda a mejorar las respuestas del adolescente frente al estímulos y produce una maduración más rápida de la respuesta del cerebro frente a sonidos con una sensibilidad prolongada del cerebro frente a los detalles de cada sonido (Universidad Northwestern, 2015).

Existen varios autores que conceptualizan el término adolescencia; el cual se establece en el siglo XIX y posteriormente en el siglo XX es reconocido en el ámbito educativo, psicológico y legal (Feixa, 2006). La Adolescencia es definida por primera vez por Stanley Hall en 1904 quien menciona que la adolescencia es una preparación para la vida adulta y una etapa universal llena de conductas opuestas como pasar de estar enérgico a estar cansado, de la euforia a la tristeza, de ser extrovertido a ser tímido, del egoísmo al altruismo (Fernández y Gil, 1990).

La adolescencia tiene cimientos culturales y biológicos de una etapa evolutiva presente en todas las sociedades (Feixa, 2011), donde se caracteriza por rasgos delicados de la niñez y la fuerza de la edad adulta (Ariés, 1987) y se mantienen interacciones entre iguales que comparten costumbres, gustos, modas (Thomas Hine, 2000) y crisis emocionales que están influenciadas directamente por el carácter social (Margaret Mead, 1990). Freud hace referencia a la adolescencia como una etapa genital, que se da cuando se resuelve el Edipo. Por otro lado, Erikson menciona que es un período en donde la persona puede integrar aspectos de su niñez y lo que quiere llegar a ser en la edad adulta y plantea que la adolescencia: está entre los 12 y 20 años y pertenece al Estadio: identidad versus confusión de roles – fidelidad y fe que se caracteriza por el crecimiento del cuerpo y madurez psicosexual, inicio de interés por la sexualidad, la integración psicosexual y psicosocial forman la identidad personal (Bordignon, 2006). Norman Kiehl (1969) la define como un tiempo entre la madurez biológica y la madurez social (Lozano, 2014).

5. HIPÓTESIS

La musicoterapia está relacionada con los niveles de atención en adolescentes de 15 a 18 años de bachillerato del colegio Diocesano Bilingüe de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.

6. VARIABLES

6.1. MUSICOTERAPIA

La Musicoterapia es la ciencia en la cual la música se puede utilizar terapéuticamente para la prevención, promoción y tratamiento de la salud y del aprendizaje (Bruscia, 2013). Desde el punto de vista científico busca la relación entre los sonidos y el ser humano para encontrar factores que ayuden al diagnóstico y de la misma manera a la terapia, y desde el punto de vista terapéutico tiene el objetivo de entrenar y recuperar al paciente enfermo (Cabello, Martínez, Quinta, Sánchez, Jiménez, Payan, 2014).

6.2. ATENCIÓN

La atención es la capacidad del ser humano de atender y centrar sus esfuerzos mentales en determinado estímulo y poder ignorar otros estímulos, hace referencia al buen funcionamiento cognitivo de la mente, ya que es fundamental para el funcionamiento de otros procesos y se relaciona con diversos sistemas neuronales, motivo por el cual es considerado uno de los factores más importantes dentro de la cognición (Pérez, 2008).

7. METODOLOGIA DEL ESTUDIO

7.1. TIPO DE DISEÑO Y ENFOQUE

La presente investigación tendrá un enfoque Cuantitativo con diseño cuasi experimental al realizar un pretest y posttest de corte transversal. Se ha elegido el enfoque Cuantitativo con la intención de que se conozcan los resultados obtenidos de una manera objetiva, ya que existe un alto nivel de precisión en los datos porque se utilizan herramientas estadísticas para los resultados. Es de diseño cuasi experimental porque cuenta con dos variables, una independiente (musicoterapia), que es manipulada por la investigadora y la variable dependiente (atención) que no es manipulada por la investigadora, con la finalidad de medir el efecto en la variable independiente en la dependiente, se pretende observar los niveles previos y posteriores de atención a la musicoterapia en grupo experimental y grupo control, los cuales serán divididos de manera aleatoria mediante Excel; y finalmente de corte transversal porque la recolección de datos se realiza en un solo momento (Pita y Pértegas, 2002).

7.2. MUESTREO Y PARTICIPANTES

7.2.1. PARTICIPANTES

El estudio será realizado en un colegio de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura, ubicado en la calle Flores y Rocafuerte con adolescentes de 15 a 18 años de bachillerato que forman un total de 115 alumnos (Suarez, 2018).

7.2.2. MUESTREO

La muestra es no probabilística por conveniencia acorde a los criterios de inclusión (Espinoza, 2016).

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Adolescentes entre 15 y 18 años de edad	Adolescentes que no quieran participar en la investigación
Adolescentes que estudien en el colegio Diocesano Bilingüe de la Ciudad de Ibarra.	Adolescentes con algún trastorno mental o del aprendizaje diagnosticado.
Adolescentes que obtengan una nota bajo la media en el D2, Test de Atención.	Adolescentes con tratamiento psicológico o psiquiátrico o problemas de audición o epilepsia musicógena.

7.3. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para realizar la recolección de datos de la presente investigación se utilizará el "D2, Test de Atención" creado por Rolf Brickenkamp en 1962, a la muestra de estudiantes en el departamento de psicología del colegio, el cual dura alrededor de 10 minutos y se puede aplicar en niños, adolescentes y adultos de forma individual o grupal, evalúa diversos factores de la atención selectiva y la concentración, esta baremada en población de 8 a 18 años y en población adulta, en puntuaciones centiles y típicas en la aplicación

individual y un baremo general en la aplicación grupal. El test consta de una hoja con 14 líneas y en cada línea existen 47 caracteres con letras "d" o "p" y pueden tener una o dos rayas arriba o debajo de las letras (Brickenkamp, 2012).

7.4. PREVALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El D2, Test de Atención, permite obtener una medida concreta de la "Atención Selectiva" y la "Concentración", en la fiabilidad se aplicó la División por mitades o coeficiente de consistencia interna que es dividir al test en la mitad, y la distribución debe ser equivalente, se corrige con la fórmula de Spearman-Brown, y las puntuaciones son muy fiables ($r=0,90$), y en muestras especiales los índices se encuentran entre 0,70 y 0,80 (Alonso, Martínez, Martín, 2015; Iturralde, 2010; Reidl, 2013; Brickenkamp, 2012). La estabilidad se midió con el método test-retest, con un intervalo de tiempo entre 5 horas y 40 meses, donde los resultados son estables en las dos aplicaciones (Alonso, Martínez, Martín, 2015; Iturralde, 2010; Vallejo, 2007; Brickenkamp, 2012). La fiabilidad se estudió en dos muestras norteamericanas con 506 estudiantes universitarios y otra con 54 niños de 7 a 12 años; donde se utilizó el Coeficiente Alfa de Cronbach que presentó resultados similares a los resultados de poblaciones europeas (Alonso, Martínez, Martín, 2015; Iturralde, 2010; Reidl, 2013; Brickenkamp, 2012). En la Validez de Constructo se compararon puntuaciones de un grupo de niños con alto grado de impulsividad y otro grupo de niños pasivos donde los resultados presentaron diferencias significativas (al nivel de confianza del 1% o $p=0,001$) (Alonso, Martínez, Martín, 2015; Iturralde, 2010; Brickenkamp, 2012).

7.5. PROCEDIMIENTO

1. Se presentara el plan de proyecto de la presente Investigación a la Comisión Nacional de Bioética en Salud (CNBS) que es un organismo del Ministerio de Salud Pública, que sirve para asesorar y organizar la bioética en salud dentro de la salud pública, la atención individual y la investigación, como por ejemplo: revisa el reglamento de comités de ética, revisa el reglamento de ensayos clínicos, revisa el consentimiento informado, revisa el uso de material genético (Ministerio de salud pública, 2014).
2. La CNBS aprueba la investigación.
3. El primer contacto con la institución se realizara por parte de la investigadora, la cual tiene conocimiento acerca de la institución debido a que estudió la secundaria en la ciudad de Ibarra, teniendo acceso a las autoridades administrativas por amistad con miembros de la familia.
4. Se explica de manera detallada a las autoridades el estudio y los procesos a realizar, el tiempo que se requiere y los horarios que sean factibles para la institución, el D2 Test de Atención, y finalmente las sesiones de musicoterapia. Presentación del cronograma de actividades de la investigación.
5. Aprobación de las autoridades a la investigadora para realizar la investigación y del cronograma de investigación.
6. El primer contacto con los estudiantes de bachillerato se les explicará en que consiste el presente estudio de manera detallada; acerca del consentimiento informado (Anexo 3) que tendrá que ser firmado por los estudiantes o el asentimiento informado (Anexo 4) que deberá ser firmado por el representante de menores de edad y se pondrá énfasis en aclarar todas las dudas del procedimiento.
7. Aplicación de Entrevista de diagnóstico clínico de TDA para excluir TDA en base a criterios de DSM-5 a todos los alumnos que se encuentren dentro de los criterios de inclusión en el estudio: Se aplicará la entrevista

DIVA 2.0 (Anexo 9), la cual contempla los criterios establecidos por el manual diagnóstico DSM. Esta es una entrevista clínica para diagnosticar la presencia de déficit de atención con hiperactividad, en el presente estudio se aplicará sólo el apartado de dificultades atencionales. Se considera relevante ya que contempla el reporte de los síntomas desde la infancia, siendo uno de los criterios fundamentales. Es una de las entrevistas estructuradas mayormente empleada y tiene la aceptación y autorización por la Asociación Americana de Psiquiatría para su desarrollo y utilización (Kooij & Francken, 2010).

8. Se aplica el D2 Test de Atención a todos los estudiantes de bachillerato que firmaron su consentimiento o asentimiento y que en la entrevista de diagnóstico clínico DIVA 2.0 no presentan TDA según los criterios del DSM-5; el D2 Test de Atención consiste en que los estudiantes deben revisar de izquierda a derecha cada línea de la hoja, y encerrar en un círculo las letras "d" con dos rayas, arriba, debajo o una arriba y otra debajo, la orden antes de empezar es que lo realicen lo mejor y lo más rápido posible (Brickenkamp, 2012; Iturralde, 2010).
9. Se selecciona la muestra de los estudiantes, escogiendo a todos los que saquen notas bajo la media en el D2 Test de Atención, el cual será aplicado por la investigadora, no se conoce el dato exacto de la media debido a que no se tiene acceso al manual del D2 Test de Atención, sin embargo es posible conseguirlo para un profesional con Licenciatura en Psicología en TEA ediciones de Ecuador. Por otro lado el punto de corte de la muestra se realizara con todos los puntajes que están bajo la media, no existirán riesgos de que algún participante tenga TDA ya que será previamente excluido del estudio en la entrevista de diagnóstico clínico del TDA. Este dato de la misma manera no se pudo obtener de manera exacta, sin embargo se conoce que los participantes del estudio serán todos los que puntúen bajo la media.
10. La muestra seleccionada se divide en dos grupos del mismo número de estudiantes (grupo experimental y grupo control), de manera aleatoria con Excel, donde se debe colocar en la columna A el total de la población,

luego en la columna A1 se coloca el número 1 y en la columna A2 el número 2, en la celda B1 se coloca =ALEATORIO() y se presiona enter; después se selecciona primero la columna B y luego la A y ordenarlas de menor a mayor para posteriormente escoger la primera mitad de números que serán los participantes del grupo experimental y la segunda mitad pertenecerán al grupo control.

11. Se aplica las sesiones de musicoterapia dirigidas por un psicólogo especializado en musicoterapia con la investigadora como co-terapeuta únicamente al grupo experimental, se formaran grupos de 8 personas las cuales deben asistir dos veces a la semana a las sesiones, con dos faltas máximo para que sean parte de la muestra, cada sesión dura aproximadamente 60 minutos y se utilizara el protocolo de intervención de Musicoterapia para el fortalecimiento de las habilidades sociales en los adolescentes, el cual es el protocolo de intervención que mejor se adecua para el presente trabajo, consta de 12 sesiones, cada estudiante deberá llevar el instrumento que más le llame la atención (Sastoque, 2016).

Tabla 2

Protocolo de intervención de Musicoterapia para el fortalecimiento de las habilidades sociales en los adolescentes

A. ETAPA DE FORMULACIÓN DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS			
(1-4 SESIONES = 1 Y 2 SEMANAS)			
Sesión	Objetivos	Actividades	Recursos
1	1. Promover la participación en las distintas actividades musicoterapéuticas	Introducción (10 min): 1. Explicación general de las reglas y normas del proceso musicoterapeutico: respeto al hablar, no decir	1. Sala de música.

		<p>malas palabras, respetar el turno para hablar.</p> <p>2. Ubicación en círculo.</p> <p>3. Dinámica de presentación.</p>	
2. Mejorar la interacción grupal	<p>3. Estiramiento corporal acompañado con música instrumental.</p> <p>4. Sentarse en círculo.</p>	<p>1. Sala de música</p> <p>2. Reproductor de música.</p> <p>3. Música instrumental.</p>	
3. Mejorar la adherencia a las actividades de los usuarios.	<p>Actividad central (30 min):</p> <p>1. Actividad Pedro Pablo (Anexo 5)</p> <p>2. Explorar los instrumentos musicales.</p> <p>3. Dejar los instrumentos en el centro del círculo.</p>	<p>1. Sala de música.</p> <p>2. Instrumentos musicales.</p>	
4. Propiciar la expresión de expectativas y/o necesidades personales, a través de improvisaciones vocales en el marco del proceso musicoterapéutico.	<p>Cierre (10 min):</p> <p>1. Elegir el instrumento que más llame la atención.</p> <p>2. Pensar en una palabra que exprese sus expectativas para el espacio de musicoterapia.</p>	<p>1. Sala de música.</p> <p>2. Instrumentos musicales.</p>	

		3. Expresar la palabra mediante un sonido.	
2	1. Realizar un acercamiento a la autopercepción de los usuarios mediante el trabajo de canciones.	Introducción (10 min): 1. Transmitir sonidos (ja, poing, jondom) con la voz y con un gesto corporal entre los participantes.	1. Sala de música.
	2. Sensibilizar a los participantes respecto a la importancia del autoconocimiento mediante elementos sonoros.	Actividad central (30 min): 1. Escribir en un papel las sensaciones y emociones que experimentan a diario. 2. Escoger en grupo y escuchar una canción para cada emoción y sensación. 3. Exponer la razón por la cual se eligió cada canción.	1. Sala de música. 2. Papel. 3. Lápiz. 4. Reproductor de música. 5. Canciones elegidas por los participantes.
	3. Reflejar la autopercepción de los participantes mediante recomposición de una canción.	Cierre (10 min): 1. Elegir una sola de las canciones que quisiera que le acompañara en las situaciones agradables y desagradables que se presentan a diario.	1. Sala de música. 2. Canciones elegidas por los participantes.

	1. Evidenciar la forma de interacción propia de cada participante mediante ejercicios de dirección grupal.	Introducción (15 min): 1. Bailar o moverse con los distintos ritmos que irán sonando, poco a poco se reducirá el espacio lo cual los obligará a seguirse moviendo pero con la condición de no tocarse.	1. Sala de música. 2. Reproductor de música. 3. CD de música.
3	3. Evidenciar los elementos relacionales más sobresalientes entre los usuarios mediante la interacción musical.	Actividad central (30 min): 1. Actividad sin usar la palabra que consiste en comunicarse sin hablar, únicamente mediante gestos y señas, siendo una actividad de dirección. 2. Cada uno contará al grupo que sintió en la actividad. Cierre (15 min): 1. Realizar un momento receptivo con música de fondo.	1. Sala de música. 2. Reproductor de música. 3. CD de música.
4	1. Establecer para el espacio de donde se va a realizar el proceso de musicoterapia las normas y elementos necesarios que se	Introducción (15 min): 1. Ubicarse de pie, en un círculo y pasar cada uno de los participantes al centro. 2. Los estudiantes deben pronunciar el nombre de	1. Sala de música.

	harán presentes durante lo restante del proceso (FASE 1).	cada uno de los participantes que pasen al centro de distintas maneras (cambios de altura, ritmo, velocidad, volumen).	
	2. Identificar los elementos emocionales y sociales que se dieron en los participantes debido a la infracción de las normas durante la semana mediante la improvisación musical.	<p>Actividad central (35 min):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Escribir una o varias palabras que lo identifiquen. 2. Realizar con cada palabra una composición de una canción llamada "así soy yo" <p>Cierre (10 min):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grabación de la nueva versión de la canción con las frases creadas por los participantes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sala de música. 2. Papel. 3. Lápiz. 4. Reproductor de música. 5. Canciones elegidas por los participantes.
<p>B. ETAPA DE INTERVENCIÓN MUSICOTERAPEUTA</p> <p>(5-11 SESIONES = 3, 4, 5 SEMANAS)</p>			
Sesión	Objetivos	Actividades	Recursos
5	1. Establecer para el espacio de musicoterapia las normas y elementos que se harán presentes durante lo	<p>Introducción (15 min):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar juego de estatuas en el que cada participante expresará la forma en la que se siente al iniciar la sesión (Anexo 6). <p>Actividad central (35 min):</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sala de música. 2. Cartelera. 3. Placas.

	<p>restante del proceso. (FASE 2)</p>	<p>2. Establecer normas y elementos que se desee que se encuentren presentes en el espacio en las siguientes sesiones.</p> <p>3. Consignar las ideas en una cartelera que estará presente en las siguientes sesiones.</p> <p>4. Realizar una improvisación referencial en torno a lo vivido en la semana.</p> <p>5. Realizar uno por uno sonidos que permitan expresar experiencias.</p> <p>6. Explicar brevemente su experiencia ante el grupo.</p>	
	<p>2. Identificar los elementos emocionales y sociales que se dieron en los participantes debido a la infracción de las normas durante la semana mediante la improvisación musical.</p>	<p>Cierre (10 min):</p> <p>1. Realizar una improvisación grupal en la que se refleje todo aquello que quisieran que sucediera el fin de semana.</p> <p>2. Expresar físicamente, no verbal como se sintió en sesión y el grupo intentará leer su imagen.</p>	<p>1. Sala de música.</p>

6	1. Identificar elementos y niveles de interacción, además de seguimiento de normas a partir de una actividad receptiva.	Introducción (15 min): 1. Exposición de los acuerdos y normas establecidas durante la sesión anterior.	1. Sala de música.
	2. Explorar la musicalidad grupal guiada hacia la cooperación necesaria para realizar el baño sonoro.	Actividad central (35 min): 1. Realizar un baño sonoro que es tocar todos unos instrumentos para cada miembro del grupo, que es la vibración sonora de los instrumentos acústicos, y se podrá evidenciar la relación del grupo con cada uno de sus integrantes.	1. Sala de música. 2. Instrumentos musicales.
	3. Identificar rasgos de liderazgo en los participantes a partir de la dirección musical.	Cierre (10 min): 1. Expresar uno a uno cómo se sintió y cuál fue el sonido que más le gustó cuando estaba en el centro del círculo y por qué.	1. Sala de música.
7	1. Explorar la autopercepción de los participantes mediante el método de improvisación desde sus medios expresivos receptivos.	Introducción (15 min): 1. Recordar los acuerdos y normas pactados para aplicarlos correctamente y respetarlos en el espacio de musicoterapia.	1. Sala de música.

		<p>2. Realizar un ejercicio de exploración corporal, que consiste en la percusión corporal en la que cada uno de los participantes deberá identificar los distintos sonidos que puede realizar con su propio cuerpo dentro del espacio de musicoterapia.</p> <p>3. Los estudiantes deben crear un loop rítmico (conjunto de sonidos que se repiten consecutivamente) a partir de sus hallazgos sonoros y de la imaginación de cada participante.</p>	
	<p>2. Evidenciar la coherencia que existe entre el discurso musical de los participantes, su autopercepción y la percepción que tiene el grupo sobre cada uno.</p>	<p>Actividad central (35 min):</p> <p>1. Identificar los elementos de la personalidad que constituyen cada uno a través de la exploración sonoro-corporal.</p> <p>2. Realizar una improvisación en la que expondrá como es a sus compañeros.</p> <p>3. Manifestar uno a uno la coherencia que se mostró</p>	<p>1. Sala de música.</p>

		en la improvisación y su personalidad.	
	3. Ofrecer un espacio en el que los adolescentes participen y se promueva su autonomía.	Cierre (10 min): 1. Una vez terminada la actividad central los participantes escogerán realizar cualquier actividad de cierre en conjunto.	1. Sala de música.
8	1. Ofrecer un espacio musicoterapéutico comodo, mediante el cual los participantes puedan sentirse totalmente seguros y cómodos en la exploración de sus emociones y habilidades corporales Para obtener los mejores resultados.	Introducción (15 min): 1. Compartir uno a uno un masaje grupal en el que será importante el respeto por el cuerpo del otro y por el sigo mismo.	1. Sala de música.
	2. Incentivar la prosocialidad y cooperativismo en el grupo al conectarse con las distintas emociones surgidas de la actividad central mediante la sonoridad instrumental.	Actividad central (35 min): 1. Cada participante debe ponerse de acuerdo con todos los demás en los instrumentos que consideren que debe representar cada parte del cuerpo, en este caso, lo que representa cada instrumento y la forma en la	1. Sala de música.

		<p>que suena, será vinculado a la parte del cuerpo escogida por los estudiantes.</p> <p>2. Los participantes deben pensar en una emoción que sientan en el momento, la cual será plasmada a nivel sonoro con los diferentes instrumentos dispuestos en forma de cuerpo que representan cada parte del mismo</p> <p>Cierre (10 min):</p> <p>1. Los participantes realizar la actividad que prepararon la sesión anterior.</p>	<p>2. Instrumentos musicales.</p>
9	<p>1. Promover la interacción grupal mediante actividades musicales y corporales en las que prime respeto por sí mismo y por el otro.</p>	<p>Introducción (10 min):</p> <p>1. Compartir las canciones que más nos gustan.</p> <p>2. Cada participante elige una de esas canciones para dedicar al grupo y compartir mediante el baile.</p>	<p>1. Sala de música.</p> <p>2. Canciones elegidas por los participantes.</p> <p>3. Reproductor de música.</p>

	<p>2. Incentivar la expresión musical como una estrategia para compartir de ideas y emociones ante el grupo.</p>	<p>Actividad central (30 min):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar un karaoke, en el que cada participante explicará al grupo por qué eligió esta canción y luego procederá a cantarla con el grupo teniendo la voz principal. <p>Cierre (10 min):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El grupo elegirá una sola canción que será compartida por todos y bailada si es necesario. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sala de música. 2. Canciones elegidas por los participantes. 3. Reproductor de música.
10	<p>1. Identificar los niveles de cooperación y trabajo en equipo mediante la exploración de construcciones sonoras e improvisación musicoterapéutica grupal.</p>	<p>Introducción (10 min):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cantar la canción epoitai. <p>Actividad central (30 min):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dividirse en dos grupos. 2. Realizar una máquina a partir de los elementos corporales, sonoros e instrumentales que requieran usar. 3. Reconocer la máquina que fue diseñada por el grupo contrario. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sala de música. 2. Instrumentos musicales.

	2. Evaluar el nivel de interacción y prosocialidad presente en el grupo mediante un ejercicio de improvisación musicoterapéutica.	Cierre (10 min): 1. Improvisación enfocada al material en la cual el grupo establezca tres momentos, un primer momento con volumen bajo, un segundo momento con volumen medio o alto y un tercer momento de cierre con volumen nuevamente bajo.	
11	1. Identificar los niveles de cooperación y trabajo en equipo mediante la exploración de construcciones sonoras e improvisación musicoterapéutica grupal.	Introducción (10 min): 1. Introducción a nivel receptivo. Actividad central (30 min): 1. Elegir un instrumento musical para cada participante. 2. Proyección de una serie de imágenes en las que se reflejan distintas emociones. 3. Plasmar las distintas emociones con los instrumentos musicales y la voz si es necesario. 4. Proyección de un cortometraje en el cual se presentan una serie de	1. Sala de música. 2. Instrumentos musicales. 3. Proyecciones de imágenes de emociones. 4. Cortometraje.

		<p>situaciones que serán dramatizadas.</p> <p>5. Plasmar las situaciones presentes en el cortometraje.</p>	
	<p>2. Evaluar el nivel de interacción y prosocialidad presente en el grupo mediante un ejercicio de improvisación musicoterapéutica.</p>	<p>Cierre (10 min):</p> <p>1. Realizar un regalo musical a uno de sus compañeros, solo se usará el lenguaje musical para este momento.</p>	<p>1. Sala de música.</p> <p>2. Instrumentos musicales.</p>
<p>C: ETAPA DE EVALUACIÓN Y CIERRE</p> <p>(12 SESION = 6 SEMANA)</p>			
Sesión	Objetivos	Actividades	Recursos
12	<p>1. Evaluar el proceso musicoterapéutico desarrollado con los participantes a partir del método de improvisación y trabajo con canciones.</p>	<p>Introducción (10 min):</p> <p>1. Juego musical de coordinación y atención llamado Pedro Pablo (Anexo 5).</p> <p>Actividad central (30 min):</p> <p>1. Recreación de la canción somos pocos del grupo Laguna Pai, en esta canción los participantes crearán frases para el estribillo, las</p>	<p>1. Sala de música.</p>

		<p>cuales deben continuar la frase “y nunca nos vamos a callar”.</p> <p>2. Cantar la canción con las nuevas frases.</p>	
	<p>2. Realizar un cierre del proceso musicoterapéutico en el cual los participantes tengan un espacio reflexión y creación en torno al trabajo con canciones.</p>	<p>Cierre (10 min):</p> <p>1. Compartir uno a uno como les pareció el proceso y sus opiniones sobre el espacio de musicoterapia.</p>	<p>1. Sala de música.</p>

(Adaptada de Sastoque, 2016).

12. Al terminar el proceso de Musicoterapia se reaplica el D2 Test de Atención como un post Test, tanto a grupo control como grupo experimental.
13. Se compara resultados pre y post test mediante la prueba T, tanto en grupo control como grupo experimental para verificar la significancia de la diferencia entre ellos.
14. Se comunica los resultados personalmente con cada participante y autoridades.
15. Se enviarán los resultados en un Informe final a las autoridades y a los participantes del estudio vía electrónica (Muñoz, 2008).

7.6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

7.6.1. D2 Test de Atención: Mediante el pre test y el post test aplicados tanto al grupo control como al grupo experimental, se recolecta información acerca del nivel atencional de los adolescentes, en donde se obtendrán datos cuantitativos que reflejen la relación con los objetivos específicos; los cuales permitirán verificar la relación de los niveles atencionales antes y después de un proceso de Musicoterapia. Al momento de calificar las respuestas se toma en cuenta: TR: total de respuestas, TA: total de aciertos, O: elementos correctos no seleccionados, C: elementos incorrectos seleccionados, TOT: eficacia total en la prueba, $TR-(O+C)$, CON: índice de concentración $(TA-C)$, TR+: línea con más elementos intentados, TR-: línea con menos elementos intentados, VAR: índice de variación $(TR+)-(TR-)$. Las puntuaciones obtenidas se califican en base a los baremos de acuerdo a la edad (Anexo 1 y Anexo 2) (Brickenkamp, 2012).

7.6.2. Integración de datos, Prueba T: Después de la obtención de datos mediante el D2 Test de Atención, se realiza una comparación entre el pre test y el post test mediante la prueba T, con los siguientes pasos: vista de variables en "Nombre" anotamos Notas pre y Notas post e ingresamos los datos originales es decir las notas de cada alumno, y en "Medida" seleccionamos Ordinal, en vista de datos ingresamos las notas de cada alumno tanto de Notas pre como Notas post, ir a analizar y luego comparar medias para sacar la prueba T, luego pasar las Notas pre a la variable 1 y las Notas post a la variable 2 y luego poner aceptar (Sánchez, 2015).

8. VIABILIDAD

"D2, Test de Atención" creado por Rolf Brickenkamp en 1962, dura entre 8 y 10 minutos y se puede aplicar en niños, adolescentes y adultos de forma individual o grupal, evalúa diversos factores de la atención selectiva y la concentración, esta baremada en población de 8 a 18 años y en población adulta, en puntuaciones centiles y típicas en la aplicación individual y un baremo general en la aplicación grupal. El test consta de una hoja con 14 líneas y en cada línea existen 47 caracteres con letras "d" o "p" y pueden tener una o dos rayas arriba o debajo de las letras (Brickenkamp, 2012).

El D2, Test de Atención, permite obtener una medida concreta de la "Atención Selectiva" y la "Concentración", en la fiabilidad se aplicó la División por mitades o coeficiente de consistencia interna. En este procedimiento se divide al test a mitad y la distribución debe ser equivalente, se corrige con la fórmula de Spearman-Brown. Las puntuaciones son fiables ($r=0,90$), y en muestras especiales los índices se encuentran entre 0,70 y 0,80, lo cual implica que el instrumento es consistente, todos los ítems se dirigen de forma adecuada a la medición de la variable de estudio, atención selectiva y concentración, (Alonso, Martínez, Martín, 2015; Iturralde, 2010; Reidl, 2013; Brickenkamp, 2012).

La estabilidad se midió con el método test-retest, con un intervalo de tiempo entre 5 horas y 40 meses, donde los resultados son estables en las dos aplicaciones (Alonso, Martínez, Martín, 2015; Iturralde, 2010; Vallejo, 2007; Brickenkamp, 2012).

La fiabilidad se estudió en dos muestras norteamericanas con 506 estudiantes universitarios y otra con 54 niños de 7 a 12 años; donde se utilizó el Coeficiente Alfa de Cronbach que presentó resultados similares a los resultados de poblaciones europeas (Alonso, Martínez, Martín, 2015; Iturralde, 2010; Reidl,

2013; Brickenkamp, 2012). Con lo que se puede expresar que, siendo un constructo psicológico universal, el test tiene la capacidad de identificar las capacidades atencionales independientemente de variables culturales.

En la Validez de Constructo se compararon puntuaciones de un grupo de niños con alto grado de impulsividad y otro grupo de niños pasivos donde los resultados presentaron diferencias significativas, lo que implica que el test tiene sensibilidad para distinguir entre niños diferenciados por esta característica (al nivel de confianza del 1% o $p=0,001$) (Alonso, Martínez, Martín, 2015; Iturralde, 2010; Brickenkamp, 2012).

Este test fue publicado por primera vez en el año 1962, en la actualidad el test ha tenido 8 ediciones en Alemania y existen también versiones en español, portugués, danés y francés. Además existe una versión en inglés, el cual se basó en 35 años de investigaciones básica y clínica para adaptar su aplicación a la psicología. Existen numerosos estudios que muestran su validez y fiabilidad. (Seisdedos, 2012)

El D2 test de atención puede ser aplicado por un auxiliar técnico con conocimientos del manual, y la interpretación de los resultados requiere de conocimientos en psicometría, es decir que es necesario que interprete los resultados un profesional de la psicología clínica, industrial o educativa. (Seisdedos, 2012)

Para el presente proyecto de investigación se aplicará la adaptación española del D2 test de atención publicada por TEA ediciones, el cual tiene un precio aproximado de \$50,00 el Manual y 25 ejemplares auto corregibles o \$30,00

solamente los 25 ejemplares auto corregibles, por lo tanto es un test de aplicación libre después de realizada la compra. (TEA Ediciones, 2018).

9. ASPECTOS ÉTICOS

9.1. CONSENTIMIENTOS Y ASENTIMIENTOS INFORMADOS

El consentimiento informado (Anexo 3) y el Asentimiento (Anexo 4) son documentos que explican las normas, reglas y límites del proceso terapéutico, siendo un respaldo legal de los aspectos mencionados, la información debe ser precisa y clara para tomar una decisión específica. (Sánchez, 1996).

9.2. TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El tratamiento de la información se lo maneja en base a lo mencionado en el consentimiento informado y la identidad de los participantes es anónima, es necesario que el uso de la información sea completamente responsable, y honesta para que los resultados sean reales (Brugmann, 2007).

9.3. AUTOREFLEXIVIDAD

La presente investigación proporciona un aporte al conocimiento, ya que es un estudio que se centra en la relación entre la musicoterapia y la atención, proporcionando un nuevo saber, debido a que hay escasas investigaciones acerca de las dos variables relacionadas, por otro lado los estudios referentes

para el presente trabajo son de enfoque cualitativo a diferencia de este que es cuantitativo, ya que pretende obtener respuestas objetivas. Por otro lado, el contexto en el que se realiza la investigación es importante porque se ha evidenciado que existe bajo rendimiento académico y no existe ninguna investigación que pretenda mejorar esta situación. La población a la que se dirige es adolescentes, es decir población vulnerable, por lo que los datos obtenidos tienen un alto nivel de importancia.

Es importante de igual forma resaltar las limitaciones del estudio, dentro de las cuales se encuentra el proceso de baremación del instrumento de investigación, el D2 para medir la atención. Este es un instrumento, que a pesar de tener una validez y confiabilidad adecuada, no tiene parámetros establecidos para la población ecuatoriana. Se emplearan los baremos desarrollados para la población española, lo que se considera una limitante, debido a que por razones culturales, las diferencias educativas o con respecto a la variable de atención, puede haber diferencias significativas en los resultados del test de la población ecuatoriana en comparación con la española. De la misma manera, otra limitación del estudio es que los puntos de corte que determinan la presencia de dificultades atencionales no se presentan como datos exactos al igual que la media, debido a que la investigadora realizó el presente estudio para obtención de título de pregrado, y el test D2 Test de Atención, con su respectivo manual, se encuentran en venta únicamente para profesionales.

9.4. CONSECUENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Las consecuencias de la investigación brindan una nueva herramienta para optimizar el aprendizaje en población adolescente mediante el incremento de los niveles atencionales en el aula de clases, dando apertura a futuras investigaciones acerca de la utilización y aplicación de la musicoterapia como

herramienta dentro de la psicología relacionada diferentes condiciones del ser humano, no necesariamente dirigidas hacia un trastorno mental, sino hacia poblaciones sanas con leves dificultades en diversos aspectos.

9.5. DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS

La devolución de resultados se realizara de manera individual a cada estudiante, únicamente con los resultados personales, y el informe general será entregado a la institución educativa tanto física como electrónicamente.

9.6. AUTORIZACIÓN PARA USO DE TEST

(Anexo 7)

9.7. DERECHOS DE AUTOR

Según el reglamento de titulación de La Universidad de Las Américas en el Art. 30 menciona que los trabajos de titulación son públicos, de libre acceso en la Biblioteca de la Universidad de Las Américas y en los medios considerados oportunos, se respetan los derechos de autor y no existe confidencialidad de los mismos, por otro lado en el Art. 31 se resalta que La propiedad intelectual de los trabajos de titulación son propiedad de la Universidad, y en el Art. 32 Los trabajos de titulación de grado y posgrado aportaran en otros proyectos de investigación de la Universidad y los investigadores que usen información de un trabajo de titulación deben reconocer los derechos de autor (Consejo superior de La Universidad de Las Américas, 2015).

10. ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

La estrategia que se utilizará para el desarrollo de la intervención será un tratamiento de musicoterapia aplicado en adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y 18 años, estudiantes de un colegio ubicado en la ciudad de Ibarra en la provincia de Imbabura.

Las intervenciones se desarrollarán en sesiones grupales, se estableció que se llevarán a cabo 2 sesiones por semana, siendo un total de 12 sesiones, es decir que tendrá una duración de 6 semanas. Este trabajo de investigación busca obtener como resultados los efectos que tiene la musicoterapia en los niveles de atención de los adolescentes.

Durante cada sesión se podrá observar que el comportamiento de cada uno de los participantes del tratamiento de musicoterapia se irá modificando progresivamente durante el proceso del mismo. Se realizará en sesiones grupales, se trabajará con máximo 10 grupos que estarán conformado por 8 a 10 estudiantes, con lo cual vamos a medir el nivel de atención, una vez terminadas las sesiones se espera ver una mejora significativa y un incremento en el nivel de atención de cada uno de los estudiantes, también se espera ver si el rendimiento académico mejora, es decir que se podrá descubrir si es que el rendimiento académico está vinculado a la atención.

Las sesiones de musicoterapia se realizarán en el aula de música del colegio, esta sala cuenta con los siguientes instrumentos musicales: tres guitarras, un sintetizador, una batería, cinco flautas. Cada estudiante deberá contar con un instrumento musical de su gusto, no debe ser necesariamente el mismo en todas las sesiones, en caso de que alguno de los participantes no cuente con uno o se

olvide su instrumento se le facilitará los instrumentos musicales del aula de música del colegio.

Dado el caso de que en retest del D2 test de atención dé como resultado que alguno o algunos de los estudiantes presentan trastorno de déficit de atención, será remitido a alguien que le aplique más pruebas. En caso de que alguno de los participantes obstruya el proceso por cualquier circunstancia dada a lo largo de las 12 sesiones, será retirado del proyecto.

No se realizarán sesiones individuales. En caso de que alguno de los participantes por cualquier motivo no pueda continuar con la terapia grupal y necesite apoyo individual, sea en musicoterapia o apoyo psicológico de cualquier otro tipo será remitido a un proceso diferente, un psicólogo particular o al profesional competente y quedará excluido del presente proyecto.

En caso de que existan estudiantes que lleguen a tener una tercera falta, se podría organizar una sesión extra para recuperar una de las tres, los estudiantes que tengan más faltas quedarán excluidos del proyecto.

Si durante el proceso del proyecto alguno de los integrantes decidiera no seguir participando en las sesiones de musicoterapia, sea expulsado o suspendido del colegio, haya sufrido algún accidente o enfermedad por la cual no pueda asistir, simplemente no será tomado en cuenta para el resultado final.

En el caso de los estudiantes que cumplan los criterios de diagnóstico según el DIVA 2.0 deberán seguir la Guía de cumplimentación del protocolo actualizado de derivación y traspaso de información con objetivo de obtener información

relevante de diferentes ámbitos, Primero se deriva el caso a un profesional especializado en el tema, el cual deberá realizar una Ficha del centro escolar (Anexo 10), donde el orientador del departamento de Orientación Escolar informara a padres acerca del protocolo de derivación presentando el consentimiento (Anexo 12) de los padres con intercambio de información entre los profesionales involucrados en el caso, después se debe recurrir a Atención primaria/pediatría para buscar signos y síntomas relacionados a TDAH mediante una ficha de pediatra- AP (Anexo 11). Finalmente se realiza una interconsulta no presencial TDAH con el objetivo de apoyar al pediatra en la evaluación y tratamiento de adolescentes con TDAH seguido de una Escala SNAP (Anexo 13) y un Informe médico escolar (Anexo 14) (Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, 2010).

Se han realizado diferentes investigaciones donde el tema a analizar tiene una relación directa con los procesos cognitivos, como la atención, y especialmente con déficits atencionales. En ellos se reportan las condiciones necesarias a considerar para poder tener de forma clara las consecuencias y efectos de las intervenciones y tratamientos. Se citan a continuación seis estudios, con la finalidad de reportar algunas de las variables, y tomar consideraciones de cómo serán controladas o no en la presente investigación.

Se realizó en el 2007 una investigación con el objetivo de estudiar el impacto de una intervención denominada método Progresint de Yuste y Quirós, sobre la evolución de la atención, auditiva y visual. Se empleó una muestra de 34 niños y niñas entre los 7 y 11 años de edad, diagnosticados con Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad. Para la selección de la muestra tuvieron como criterios de exclusión que los niños no estuviesen recibiendo algún otro tratamiento psicológico o farmacológico, que no tuviesen antecedentes de otras alteraciones orgánicas, que no tuviesen antecedentes de otras alteraciones psicológicas y psiquiátricas, como por ejemplo trastorno de ansiedad, depresión,

oposicionista desafiante, trastorno disocial de la conducta (Zuluaga , 2007). Con respecto a estos criterios en la presente investigación se tomarán datos sociodemográficos y antecedentes médicos y psiquiátricos de cada uno de los participantes, con la finalidad de también excluir aquellos con otros diagnósticos de relevancia, específicamente trastornos del neurodesarrollo, o trastornos psiquiátricos, así como también estar recibiendo alguna otra intervención para las dificultades atencionales detectadas.

En la misma investigación, el autor menciona, que dentro de su proceso de intervención fue primordial la supervisión constante y cercana de todo el procedimiento. Empleó un cuadro de metas, el cual era completado y socializado en cada una de las sesiones, con la finalidad de mantener a los niños en compromiso y motivación permanente con la intervención. Así mismo, los participantes que se ausentaran a alguna de las sesiones por alguna razón, luego recuperaban la actividad en un horario diferente. Finalmente, cuando presentaban resistencia al trabajo, era retirado de la sesión, pero el coordinador permanecía a su lado hasta lograr su reincorporación (Zuluaga, 2007). Con respecto a esto, en la presente investigación se considerará supervisar de forma cercana la motivación de los participantes hacia el proceso, considerada un aspecto de relevancia para la tener mejorías en la atención, y conseguir los cambios esperados con la intervención. Así mismo, las sesiones perdidas por los participantes, serán recuperadas en horarios alternos, con la finalidad de asegurar que todos reciban la misma cantidad de sesiones de musicoterapia.

En otra investigación, desarrollada en el año 2013, se tuvo como objetivo describir y comparar niños con déficits de atención, y niños en un grupo control. En esta ocasión la muestra se conformó de 79 niños, en edades comprendidas entre 8 y 11 años, todos estudiantes de colegios privados de Colombia, en la ciudad de Cali. En el proceso de selección de la muestra los autores consideraron la aplicación de la escala de inteligencia WISC-R, considerando

sólo aquellos niños con coeficiente intelectual entre 85 y 115, esto con la finalidad de descartar enfermedades neurológicas mayores (Bará-Jiménez, Vicuña, Pineda, & Henao, 2013). En el presente estudio, se pretende trabajar con jóvenes con dificultades en la atención, pero de igual forma se descartarán aquellos con patología del neurodesarrollo, como se mencionó con anterioridad. En la toma de los datos sociodemográficos, se especificará si los jóvenes han tenido adaptaciones curriculares, de tipo dos o tres, en su proceso de escolaridad, ello para descartar la presencia de dificultades cognitivas importantes.

La tercera investigación a reportar, es una realizada en el año 2007, donde se desarrolló una evaluación retrospectiva de la evolución presentada por los pacientes desde 6 a 14 años 11 meses de edad con diagnóstico de Trastorno por déficit atencional, y se encontraban recibiendo tratamiento de metilfenidato en la comunidad de Huechuraba. En el proceso de selección de la muestra, se incluyeron todos aquellos pacientes que cumplían con los criterios establecidos para el diagnóstico de déficit atencional, en cualquiera de sus tres tipos, según la Clasificación Internacional de Trastornos psiquiátricos en su cuarta versión DSM IV. De igual forma, se descartaron del estudio pacientes que cumplían los criterios para otros diagnósticos, quienes fueron referidos al Centro Comunitario de Salud Mental COSAM (Sandoval, Acosta, Crovetto, & León, 2009). Como se ha descrito, en la presente investigación se descartarán aquellos jóvenes con otras patologías, pero a su vez serán remitidos al tratamiento pertinente, y la información recabada será entregada a sus padres, con todas las recomendaciones necesarias del caso.

En el año 2000, se desarrolló una investigación con la finalidad de evaluar la eficacia y tolerabilidad del antidepresivo moclobemida, como una alternativa de tratamiento farmacológico no psicoestimulante en niños con trastorno de déficit de atención. En la selección de la muestra, fue relevante tener participantes con

una historia personal limpia, dentro de lo que se incluyó, ausencia de antecedentes pre-peri y postnatales, ausencia de antecedentes de meningitis, convulsiones u otras patologías neurológicas/psiquiátricas. Los autores desarrollaron también una evaluación para descartar inmadurez neurológica. Finalmente tuvieron niños que no habían recibido ningún tratamiento para esta patología (Valdivieso, Cornejo, & Sánchez, 2000). En relación a lo considerado por estos autores, se agregará en la indagación de antecedentes, para la muestra de la presente investigación, la presencia de dificultades en el período pre-peri y postnatal, antecedentes de convulsiones, y de evaluación o tratamiento por psiquiatría o neurología, con la finalidad de asegurar que ninguno de los participantes tenga alguna comorbilidad de importancia, con las dificultades atencionales a trabajar.

En el año 2012, se desarrolló una investigación, con la finalidad de evaluar los efectos de una propuesta didáctica sobre capacidad de inferir significados figurados en la lengua oral. En esta investigación se señala que el déficit atencional es un cuadro neuropsiquiátrico complejo caracterizado por presentar niveles evolutivamente inapropiados en la atención, sobreactividad e impulsividad. Pero adicionalmente, en el área lingüística, se acompaña de alteraciones a nivel fonológico, semántico, sintáctico y en las capacidades discursivas y pragmáticas. Esto tiene consecuencias en las habilidades de comunicación, en la comprensión lectora, producción escrita y en el aprendizaje de los contenidos académicos. Los autores de la investigación, en el proceso de selección de su muestra, descartaron los niños con un nivel sociocultural bajo, con la finalidad de asegurar que conocimiento y manejo lingüístico, es decir, buscaron garantizar que tuvieran los conocimientos básicos de la lengua estándar a trabajarse en su estrategia de intervención (García & Ramos, 2012). En la presente investigación, se considerará estudiantes de una misma institución educativa, con lo que se puede expresar que tienen un nivel socioeconómico más o menos similar, y al tratarse de jóvenes de bachillerato, pues se consideran

cubiertos los conocimientos básicos para la comprensión de las evaluaciones e intervenciones a desarrollarse.

Finalmente, en el año 2011, se desarrolló un estudio para evaluar los efectos de un programa de auto-control y de entrenamiento en habilidades sociales diseñado para niños que presentan Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Este programa combinó técnicas cognitivas como por ejemplo, autoinstrucción, resolución de problemas, modelamiento, autocontrol y autoevaluación, y técnicas conductuales como el refuerzo social y coste de respuesta. La muestra estuvo conformada por niños entre 8 y 12 años de edad, y el procedimiento duró tres meses, teniendo sesiones una vez a la semana. Para la inclusión de los participantes los autores emplearon diferentes técnicas para asegurarse de que se cumpliera con los criterios diagnósticos y realmente trabajar con niños con las dificultades necesarias. Debían presentar seis o más de los síntomas especificados en el manual de diagnóstico, también puntuar en seis o más síntomas de la entrevista semiestructurada DICA-P, la cual fue aplicada a los padres, y tener puntuaciones correspondientes al índice de TDAH en los cuestionarios Conners para padres y profesores (Calderón, 2011). En este sentido, la presente investigación realizará un procedimiento de selección de la muestra, a través de la aplicación de un instrumento para detectar la presencia de dificultades atencionales, más no déficit de atención en alguna de sus categorías. Los mismo autores en sus criterios de exclusión, consideraron aquellos participantes que en la actualidad de encontraran recibiendo algún otro tratamiento, farmacológico (Calderón, 2011). En la presente investigación, se tendrá como criterio de exclusión, estar recibiendo tratamiento farmacológico, recetados por psiquiatría o neurología, y estar recibiendo tratamiento por psicología, psicopedagogía, clases particulares, tareas dirigidas. Siendo estas actividades que pueden intervenir de forma directa las dificultades atencionales detectadas. Esto será indagado en la primera entrevista a desarrollar con los participantes.

11. CRONOGRAMA

Tabla 3

Cronograma

Actividad/Mes	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4			
Inscripción del Plan	X															
Revisión bibliográfica	X	x	X	X	X	x	X	X	X	x	X	X	X	X	X	X
Elaboración del marco teórico	X	x	X	X	X	x	X	X	X	x	X	X	X	X	X	X
Definición de recolección de datos				X												
Pre-validación del instrumento					X	x	X									
Informe final													X	X		
Tutorías	X		X		x		X		X		X		X		X	
Corrección final													X	X	x	
Entrega final																X

REFERENCIAS

- Acebes, A. (2014). *Propuesta de intervención para el tratamiento de niños con TDAH a través de la Educación Musical y la Musicoterapia*. Segovia : Universidad de Valladolid. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5037>.
- Alvin, J. (1967). *Musicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Alfárez, E. Barbosa, J. Fuentes, G. (2015). *La música autóctona colombiana como estrategia para mejorar la atención de los niños y niñas del grado tres cuatro de la Institución Educativa Manuela Beltrán de Villavicencio*. Obtenido de <http://repository.libertadores.edu.co/handle/11371/404>
- Alonso, R. Martínez, M. Martín, P. (2015). *Creatividad, atención y rendimiento académico en alumnado de conservatorio profesional*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349851779048.pdf>
- Andrade, M. y Guato, B. (2013). *La musicoterapia y el control emocional en los adolescentes del centro de orientación juvenil "Virgilio Guerrero" de la ciudad de Quito, período agosto – noviembre 2012*. (Tesis de Grado). Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1280>
- Apugllón, M. y Quishpi, P. (2012). *Causas y consecuencias del bajo rendimiento escolar. Estudio de caso de los niños y niñas del cuarto año Educación básica del centro educativo comunitario "Rio Ebadas" de la comunidad San Antonio de Encalado, Parroquia Matriz, Cantón Guamate, Provincia Chimborazo*. (Tesis de pre grado). Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/3886/1/UPS-QT03398.pdf>
- Ariés, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Taurus.
- Bará-Jiménez, S., Vicuña, P., Pineda, D., & Henao, C. (2013). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de neurología*, 37(7), 608-615.

- Benenzon, R. O. (1985). *Manual de Musicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica - S.A.
- Benenzon, R. O. (2003). *La nueva musicoterapia*. Edit. Lumen. Argentina.
- Benenzon, R. O. (2004). *Teoría de la musicoterapia: aportes al conocimiento del contexto no verbal*. Edit: Mandala Ediciones. Argentina.
- Beck, A. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, pp. 561-571.
- Bklein, S. (1991) *Aprendizaje, Principios y Aplicaciones*. Edit: Mc Graw Hill. México.
- Brickenkamp, R. (2012). D2, Test de Atención. Obtenido de <http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/D2-EXTRACTO.pdf>
- Brown, E. T. (2006). *Trastorno por déficit de atención*. Edit. Masson. España.
- Brugmann, A. (2007). *Código ético del psicólogo*. Obtenido de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf
- BRUSCIA Kenneth, *Modelos de Improvisación en Musicoterapia*, Ed. Agruparte
- Bruscia, K. (2013). *Definiendo Musicoterapia*. Edit: Amaru Ediciones. Barcelona.
- Bruscia, K & Grocke, D. (2002). *Imagen guiada y música*. Edit: Barcelona Publisher. Barcelona.
- Bruscia, K. (1999). *Modelos de Improvisación en Musicoterapia*, Edit: Agruparte. Barcelona.
- Cabello, F. Martínez, V. Quinta, C. Sánchez, R. Jiménez Á. Payán, P. (2014). *Musicoterapia en el deterioro del sueño de personas con Esquizofrenia en una Unidad de Rehabilitación de Salud Mental*. Obtenido de <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0792.php>>
- Caiza, M. (2012). *Incidencia de la Atención Dispersa en el aprendizaje*. (Tesis de Grado) Obtenido de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/253/1/T-UCE-0010-45.pdf>
- Calderon, C. (2011). Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de psicología*, 32(4), 79-98.

- Camarena, C. Chávez, G. y Gómez V. (Enero-marzo de 1985). *Reflexiones en torno al rendimiento escolar y a la eficiencia terminal*. Obtenido de <http://publicaciones.anuies.mx/acervo/revsup/re s053/txt2.htm>
- Castellano, G. Hidalgo, M. & Redondo, A. (2004). *Medicina de la adolescencia. Atención Integral*. Edit: Ergon. Madrid.
- Corralé, V. (1935). *La música como agente terapéutico*. Discurso de inauguración del curso académico. Academia de Medicina de Zaragoza. Obtenido de www.acmt83-07.com/indexcast.htm
- Chuquimarca, M. (2013). *La atención dispersa y su incidencia en los aprendizajes de los niños de la Escuela Unidad Cristiana Educativa Artesana de la Parroquia de Píntag*. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5791/1/TESIS%20PDF.pdf>
- Del Rosario, M. y Juárez, N. (2026). *Técnicas Psicomusicales con enfoque Humanista*. Obtenido de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualdeTecnicasPsicomusicale.pdf>
- Díaz, M. (2014). *El acoso escolar y su incidencia en el rendimiento académico de los estudiantes de décimo grado de educación básica y primer año de bachillerato del colegio particular bautista, del cantón Ambato provincia de Tungurahua*. (Tesis de Grado). Obtenido de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/6924/1/FCHE-IFGPEOV-77.pdf>
- De Vega, M. (1984). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Elvira, M. (Diciembre de 2004). *Propuesta Pedagógica para la utilización de la musicoterapia en la ATENCIÓN de niños que presentan dificultades de aprendizaje*. (Tesis de pregrado) Obtenido de <http://biblo.una.edu.ve/docu.7/bases/marc/texto/t5319.pdf>
- Espinoza, I. (2016). *TIPOS DE MUESTREO*. Obtenido de <http://www.bvs.hn/Honduras/Embarazo/Tipos.de.Muestreo.Marzo.2016.pdf>

- Feixa, C. (2006). *Generación XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 4(2). Manizales: Universidad de Manizales.
- Feixa, C. (2011). *Past and present of adolescence in society. The 'teen brain' debate in perspective*. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 35(8). Kidlington, Oxford: Elsevier.
- Fernández, T. Purificación, G. (1990). *El nacimiento de la psicología evolutiva*. Psicología evolutiva: Vol. I. Historia, teorías, métodos y desarrollo infantil. Madrid: UNED.
- Gallardo, R. (1998). *Musicoterapia y salud mental*. Edit. Universo. Bs. As.
- García, G., & Ramos, C. (2012). Propuesta didáctica para niños con déficit atencional: estimulando el razonamiento analógico verbal para desarrollar la oralidad tardía. *Estudios psicopedagógicos*, 38(1).
- Gaston, E. T. (1957). "Factors Contributing to Responses to Music", en Book of Proceedings. NAMT: Lawrence, Ka.
- González, C. Menchén, M. Fernández, F. Sempere, M. García, J. Navarro, I.
- González, M. (2015). *Consecuencias conductuales derivadas del proceso atencional en el aula de aprendizaje: propuestas de detección*. Obtenido de <https://web.ua.es/es/ice/jornadas-redes-2015/documentos/tema-2/410732.pdf>
- Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Guías de Práctica Clínica del SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010.
- Hine, T. (2000). *The Rise and Fall of the American Teenager*. New York: Perennial.
- Hidalgo, O. (2012). *Factores escolares y extra-escolares que inciden en el fracaso escolar de los/as estudiantes de la "Unidad Educativa Experimental Manuela Cañizares" de la ciudad de Quito. Año lectivo 2010-2011*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/697/1/T-UCE-0010-178.pdf>

- Iglesias, J. (2013). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
- Iturralde, S. (2010). *Baremación de batería de evaluación neuropsicológica de funciones ejecutivas asociadas al TDAH en población escolar Canaria*. Obtenido de <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/100/1/Baremacion%20de%20bateria%20de%20evaluacion%20de%20funciones%20ejecutivas%20asociadas%20al%20TDAH%20en%20poblacion%20escolar%20canaria.pdf>
- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*, 42(1), 19-33. file:///C:/Users/shouly/Downloads/art%20de%20TDAH%20en%20ni%20y%20adolescentes%20con%20TDAH.pdf
- Jauset, J. (2008). Música y neurociencia: la musicoterapia. [En red] Disponible en: <http://books.google.com.gt/books?id=zPrrM9AlvrMC&pg=PA26&dq=musica+definicion&hl=es&sa=X&ei=vQDyUejNMYjy9gTv-4CgBQ&ved=0CF8Q6AEwCTgy#v=onepage&q=musica%20definicion&=false>
- Lavigne, R., & Romero, J. (2010). Modelo Teórico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad I: Definición operativa. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 1303-1338. <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/EJREP/article/view/1417>.
- Lima, B. (2012). *Características de la vulnerabilidad familiar de las familias migrantes y su asociación con el rendimiento académico obtenido por los adolescentes de primero, segundo y tercero de bachillerato durante el año lectivo 2010-2011, que estudian en el Colegio Militar "Abdón Calderón" de la ciudad de Cuenca*. (Tesis de Grado). Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2695/1/tm4662.pdf>
- Lozano, V. (2014). *Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. Última década*, 22(40), 11-36. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362014000100002>

- Luria, A.R. (1979) *The Making of Mind: A personal account of Soviet Psychology*. Edited by Michel Cole & Sheila Coleo (Massachusetts: Harvard University Press, Cambridge).
- Mansilla, M. (2000). *ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO*. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/INVESTIGACIÓN_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf
- Martínez, S. (2012). *Aplicaciones didácticas de la musicoterapia en el aula de primaria*. (Tesis de grado) Obtenido de <http://www.alhaurin.com/pdf/2012/02.pdf>
- Mead, M. (1990). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Melo, A. C. (Enero de 2017). *Influencia de la música en la motivación por el aprendizaje en los niños y niñas de la sede comuna II de la institución educativa rural Puerto Vega del Municipio de Puerto Asís*. (Tesis de grado) Obtenido de <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/1057/1/PROYECTO%20FINAL%20ODILA%2019%20MARZO.pdf>
- Mesulam MM. 1990. Large-scale neurocognitive networks and distributed processing for attention, language and memory. *Ann Neurol* 28:597- 613
- Ministerio de salud pública. (2014). *CNBS*. Obtenido de <http://www.salud.gov.ec/comision-nacional-de-bioetica-en-salud-cnbs/>
- Mora, F. Toscano, C. y Fuentes, C. (2012). *La música como herramienta facilitadora del aprendizaje del inglés como lengua extranjera*. Obtenido de http://scholar.google.es/scholar?q=LA+M%C3%9ASICA+COMO+HERRAMIENTA+FACILITADORA+DEL+APRENDIZAJE+DEL+INGL%C3%89S+COMO+LENGUA+EXTRANJERA&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5#
- Mora, R., & Perez, M. (2017). La musicoterapia como agente reductor del estrés y ansiedad en adolescentes. *Arte y salud*, 213-233. <file:///C:/Users/shouly/Downloads/Dialnet-LaMusicoterapiaComoAgenteReductorDelEstresYLaAnsie-6126457.pdf>.
- Morales, L. Morales, V. Holguín. (2007). *Rendimiento Escolar*. Obtenido de http://revistaelectronica-ipn.org/Contenido/16/HUMANIDADES_16_000382.pdf

- Moreno, P. (2009). *La ausencia de la motivación musical y su incidencia en el desarrollo de nuevos procesos de aprendizaje de los niños del Centro de desarrollo infantil y estimulación temprana "Pequeños Traviesos" ciudad Latacunga año lectivo 2008- 2009*. (Tesis de grado) Obtenido de http://redi.uta.edu.ec/bitstream/123456789/4084/1/tpv47_2009.pdf
- Muñoz, V. (2008). *MUSICOTERAPIA HUMANISTA: un modelo de psicoterapia musical humanista*. Ediciones Libra. México D.F.
- National Association for Music Therapy. 1988. *National Association for Music Therapy*. Recuperado de [https://www.acronymfinder.com/National-Association-for-Music-Therapy-\(now-American-Music-Therapy-Association%2C-AMTA\)-\(NAMT\).html](https://www.acronymfinder.com/National-Association-for-Music-Therapy-(now-American-Music-Therapy-Association%2C-AMTA)-(NAMT).html)
- Navarro, G. (12 de junio de 2015). *Influencia de la atención, motivación y memoria en el rendimiento académico*. Obtenido de <http://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3241/NAVARRO%20BENITEZ%2C%20GLORIA.pdf?sequence=1>
- OMS. (2016). *La Adolescencia*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
- Ordoñez, E., Sánchez, J., Sánchez, M., Romero, C., y Bernal, J. (2011). Análisis del Efecto Mozart en el desarrollo intelectual de las personas adultas y niños. *Revista electrónica de ciencia y tecnología Ingenius*, No. 5, 45-54. [En red] Disponible en: <http://www.ups.edu.ec/documents/2497096/2497485/Art3.pdf>
- Palacios, S. (2012). *La musicoterapia para el tratamiento educativo de la diversidad*. [En red] Disponible en: http://books.google.com.gt/books?id=qJCpY_cUgssC&pg=PA22&dq=elementos+de+la+música+y+su+influencia+musicoterapia&hl=es&sa=X&ei=QFrwUcvTFILQ9ATo8IDQCA&ved=0CDUQ6AEwAg#v=onepage&q=elementos%20de%20la%20música%20y%20su%20influencia%20musicoterapia&f=false
- Pita, F. y Pertegas, D. (2002). *INVESTIGACIÓN Cuantitativa y Cualitativa*. Obtenido de

- http://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_2/4/2.Pita_Fernandez_y_Pertegas_Diaz.pdf
- Pérez, E. 2008. *Desarrollo de los procesos atencionales*. (Tesis de Grado).
Obtenido de <http://eprints.ucm.es/8447/1/T30734.pdf>
- Poch, S. (1999). *Compendio de Musicoterapia (I y II)*. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Textos Universitarios, Ed. Herder.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española (22.a ed.)*. Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Reidl, L. (2013). *Confiabilidad en la medición*. Obtenido de http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num02/07_MI_CONFIA_BILIDAD_EN_LA.pdf
- Roselló J. 1997. *Psicología de la atención*. Madrid: Pirámide
- Ruggero, A. (2011). *Musicoterapia Conceptos generales y aplicaciones terapéuticas*. Obtenido de <http://aleruggero.com/wp-content/uploads/2011/01/Musicoterapia-Conceptos-generales-y-aplicaciones-terap%C3%A9uticas.pdf>
- Ruiz, B. (2017) *Atención y aprendizaje en estudiantes de la unidad educativa "Juan de Velasco", Riobamba. Marzo-Julio 2017*. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/4401>
- Sánchez, M. (1996). *El Consentimiento Informado: Un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones*. Obtenido de <http://www.colmed2.org.ar/images/code02.pdf>
- Sánchez, R. (2015). *t-Student. Usos y abusos*. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmc/v26n1/v26n1a9.pdf>
- Sandoval, A., Acosta, N., Crovetto, F., & León, M. (2009). *Enfrentamiento terapéutico del trastorno por déficit atencional en una población infantil escolar perteneciente a la Región Metropolitana de Chile. Revista chilena de neuropsiquiatría, 47(1), 34-42.*
- Sastoque, R. W. (2016). *Musicoterapia en el ámbito escolar, una propuesta de intervención para el fortalecimiento de las habilidades sociales en los adolescentes del colegio El Paraíso de Manuela Beltrán*. (Trabajo de grado) Obtenido de <http://bdigital.unal.edu.co/56602/1/79818939.2016.pdf>

- Schapira, D., Ferrari, K., Sánchez, V., & Hugo, M. (2007). *Musicoterapia: abordaje Plurimodal*. Edit: ADIM Ediciones. Argentina.
- Silva, I. (2006). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Obtenido de http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20y%20%20entorno_completo.pdf
- Sohlberg, M. y Mateer, C. (1987). *Effectiveness of an attention-training program*. J Clin Exp Neuropsychol 9:117-30
- Soprano, A. (2009). *Como evaluar la atención y las funciones ejecutivas en niños y adolescentes*. Edit. Paidós. Bs. As.
- Suarez, J. (2018). *INFORMATIVA DE LA UNIDAD EDUCATIVA DIOCESANA BILINGUE DE LA CIUDAD DE IBARRA*. Obtenido de <http://colegiodiocesanobilingue.blogspot.com/>
- Trujillo, M. A. (2010). *Factores que determinan el rendimiento escolar en los y las estudiantes del primero al tercer año de bachillerato de los colegios fiscal Anexo Universitario y colegio Particular Diocesano Bilingue de la ciudad de Ibarra enero – noviembre 2010*. (Tesis de grado) Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/686/2/06%20ENF%20417%20TESIS.pdf>
- Universidad Northwestern. (2015). *La formación musical en el desarrollo del cerebro del adolescente*. Revista PNAS
- Valdivieso, A., Cornejo, A., & Sanchez, M. (2000). Tratamiento del síndrome de déficit atencional (SDA) en niños: evaluación de la moclobemida, una alternativa no psicoestimulante. *REvista chilende neuropsiquiatría*, 38, 7-14.
- Vallejo, P. (2007). *La fiabilidad de los tests y escalas*. Obtenido de <https://matcris5.files.wordpress.com/2014/04/fiabilidad-tests-y-escalas-morales-2007.pdf>
- Velásquez, M: (2009). *Influencia de la musicoterapia en el desarrollo cognitivo en niños de cinco años de edad de la I. E. 1582 “Mis Angelito” de Vista Alegre del Distrito de Victor Larco de la Provincia de Trujillo, año 2009*. (Tesis de Grado) Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/>

- Vides, A. (febrero de 2014) *Música como estrategia facilitadora del proceso enseñanza aprendizaje*. (Tesis de pregrado) Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/84/Vides-Andrea.pdf>
- Villamizar, M. (2007). *La musicoterapia como tratamiento para la conservación de la memoria, el esquema corporal y las nociones espaciotemporales en pacientes con demencia tipo Alzheimer*. (Tesis de grado). Obtenido de <http://bdigital.unal.edu.co/5638/>
- Zavala, A. (1993). *“Una nueva perspectiva de la música” aplicaciones terapéuticas en tres principales sectores*. Obtenido de http://www.academia.edu/10604312/TESIS_DE_MUSICOTERAPIA
- Zuluaga, J. (2007). *EVOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN, LOS ESTILOS COGNITIVOS Y EL CONTROL DE LA HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEFICITARIO DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH), ATRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN*. Manizales: Centro de estudios avanzados de la niñez y la juventud.

ANEXOS

Anexo 1: Baremos D2 test de Atención de 15 a 16 años

A.4. Baremos en varones y mujeres de 15 a 16 años (N=157)

Pc	Puntuaciones directas									
	TR	TA	O	C	TOT	CON	TR+	TR-	VAR	S
99	572-658	220-299	0		531-658	219-299		29-47	44-47	97
98	566-571	216-219	1		518-530	216-216		-	41-43	91
97	547-565	215	2		516-517	215		28	38-40	87
96	536-546	204-214	-		506-515	204-214		-	35-37	85
95	522-535	200-203	3		489-505	198-203		27	34	83
90	496-521	188-199	4		471-488	187-197	47	25-26	30-33	76
85	484-495	181-187	5		455-470	179-186	-	-	26-29	71
80	460-483	174-180	-	0	436-454	171-176	46	24	24-25	67
75	440-459	168-173	6	-	422-435	167-170	-	-	22-23	63
70	433-439	165-167	7	-	416-421	164-166	44-45	-	21	60
65	423-432	161-164	8	-	408-415	160-163	41-43	23	19-20	58
60	415-422	159-160	9-10	-	400-407	158-159	40	21-22	-	55
55	411-414	157-158	11	1	389-399	155-157	39	20	18	52
50	399-410	153-156	12	-	383-388	151-154	38	-	17	50
45	395-398	151-152	13-14	-	378-382	149-150	-	19	16	48
40	387-394	147-150	15	2	372-377	144-148	37	-	15	45
35	379-386	143-146	16-18	-	366-371	141-143	36	17-18	14	42
30	372-378	138-142	19-23	3	354-365	135-140	35	16	-	40
25	362-371	134-137	24-26	-	341-353	127-134	34	15	13	37
20	348-361	124-133	27-32	4	319-340	118-126	-	13-14	12	33
15	337-347	118-123	33-39	5-6	306-318	112-117	33	6-12	11	29
10	311-336	111-117	40-54	7-10	291-305	103-111	30-32	0-5	10	24
5	293-310	104-110	55-63	11-20	273-290	87-102	29		8-9	17
4	277-292	102-103	64-91	21-29	266-272	85-86	28		-	15
3	276	93-101	92-94	30-31	242-265	81-84	27		7	12
2	221-275	92	95-98	32-40	225-241	51-80	25-26		-	9
1	0-220	0-91	>98	>40	0-224	0-50	0-24		0-6	3
Media	412,45	154,13	20,00	4,01	388,44	150,12	38,92	20,24	18,67	Media
Dt	71,43	29,64	21,79	10,49	68,31	33,71	6,13	6,76	8,35	Dt

Anexo 2: Baremos D2 test de Atención de 17 a 18 años

A.5. Baremos en varones y mujeres de 17 a 18 años (N=105)

Pc	Puntuaciones directas									S
	TR	TA	O	C	TOT	CON	TR+	TR-	VAR	
99	605-658	253-299	0		583-658	253-299		33-47	34-47	97
98	583-604	252	-		580-582	251-252		31-32	32-33	91
97	580-582	247-251	1		574-579	247-250		30	31	87
96	573-579	239-246	-		569-573	238-246		-	-	85
95	535-572	212-238	2		509-558	210-237	47	29	26-30	83
90	499-534	198-211	3		487-508	197-209	-	28	22-25	76
85	482-498	190-197	4		467-486	190-196	-	27	21	71
80	472-481	180-189	5	0	443-466	177-189	46	26	19-20	67
75	463-471	174-179	6	-	438-442	173-176	43-45	25	-	63
70	453-462	171-173	7	-	431-437	168-172	42	24	18	60
65	442-452	167-170	8	-	422-430	166-167	41	-	17	58
60	432-441	165-166	9	-	413-421	163-165	40	-	16	55
55	422-431	162-164	10	-	403-412	159-162	39	23	-	52
50	414-421	159-161	11	1	399-402	157-158	38	22	-	50
45	410-413	156-158	12	-	391-398	156	-	21	15	48
40	400-409	152-155	13	-	384-390	150-155	37	20	14	45
35	390-399	149-151	14-15	-	375-383	146-149	36	19	13	42
30	381-389	145-148	16-18	2	371-374	141-145	35	-	-	40
25	373-380	141-144	19-22	3	357-370	138-140	34	17-18	12	37
20	356-372	139-140	23-26	4	340-356	134-137	33	16	11	33
15	344-355	132-138	27-32	5	333-339	130-133	32	15	10	29
10	319-343	126-131	33-40	6	318-332	122-129	30-31	9-14	-	24
5	298-318	121-125	41-45	7	294-317	109-121	29	0-8	8-9	17
4	290-297	116-120	46-60	-	275-293	107-108	-	-	-	15
3	288-289	110-115	61-62	8-12	273-274	103-106	28		7	12
2	281-287	107-109	63-69	13-17	272	102	26-27		6	9
1	0-280	0-106	>69	>17	0-271	0-101	0-25		0-5	3
Media	426,77	164,44	16,40	2,42	407,93	162,01	38,68	22,55	16,13	Media
Dt	74,15	32,38	17,14	5,08	71,33	33,49	5,95	6,41	6,18	Dt

Anexo 3: Consentimiento informado



Consentimiento de participación de un estudio

Yo _____ he sido invitado/a para participar en un estudio denominado “Efectos de la Musicoterapia en adolescentes con bajos niveles de atención”, el cual es un proyecto de investigación que se realiza con la finalidad de obtener el título de Psicología Clínica de la Universidad de Las Américas.

Comprendo que mi participación en el estudio es completamente voluntaria, estoy en conocimiento que la información que yo entregue será confidencial.

Conozco que los resultados generados del estudio no incluirán ningún tipo de información que me identifique y que estos serán en la mínima medida públicos, según lo que establece la Ley Orgánica de Educación Superior.

Entiendo que es un deber ético de la investigadora reportar a los profesionales competentes, situaciones en donde están en riesgo grave la salud e integridad física o psicológica, del participante y/o su entorno cercano. La participación no presenta algún riesgo para mi persona integralmente.

He leído y entendido esta hoja de consentimiento y estoy de acuerdo de participar en este estudio.

Firma de participante

Fecha

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Diva Paredes al teléfono 0982752031 o ponerse en contacto con la carrera de Psicología de la Universidad de Las Américas, tel. 3981000

Anexo 4: Asentimiento informado



Consentimiento de participación de un estudio

Yo _____, representante legal de _____, quien ha sido invitado/a para participar en un estudio denominado “Efectos de la Musicoterapia en adolescentes con bajos niveles de atención”, el cual es un proyecto de investigación que se realiza con la finalidad de obtener el título de Psicología Clínica de la Universidad de Las Américas.

Comprendo que la participación de _____ en el estudio es completamente voluntaria, estoy en conocimiento que la información será confidencial.

Conozco que los resultados generados del estudio no incluirán ningún tipo de información de identificación y que estos serán en la mínima medida públicos, según lo que establece la Ley Orgánica de Educación Superior.

Entiendo que es un deber ético de la investigadora reportar a los profesionales competentes, situaciones en donde están en riesgo grave la salud e integridad física o psicológica, del participante y/o su entorno cercano. La participación no presenta algún riesgo para _____ integralmente.

He leído y entendido esta hoja de asentimiento y estoy de acuerdo en que _____ participe en este estudio.

Firma del representante del participante

Fecha

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Diva Paredes al teléfono 0982752031 o ponerse en contacto con la carrera de Psicología de la Universidad de Las Américas, tel. 3981000

Anexo 5: Actividad PEDRO - PABLO

OBJETIVO

- Ayudar a que los miembros del grupo se conozcan rápidamente de una forma en que no se sientan amenazados.
- Explorar los sentimientos provocados por “convertirse en otra personas”.
- Explorar las dimensiones de un encuentro breve.
- Enfatizar la necesidad de ser escuchado atenta y activamente en una conversación.

TAMAÑO DEL GRUPO: 8 A 20 Participantes, dividido en parejas

LUGAR: Un salón amplio bien iluminado acondicionado para que los participantes puedan trabajar en parejas.

MATERIAL: Ninguno

DESARROLLO:

Los participantes del grupo son reunidos formando parejas y el instructor les indica que deben “conocer a su pareja” durante los siguientes minutos (entre 5 y 10). Los participantes por turno, se interrogan uno al otro, sin tomar notas. Se les pide que eviten datos demográficos (de dónde eres, en qué trabajas, etc.) y que traten de obtener qué características tiene el entrevistado. Este es un ejercicio para escuchar activamente, de modo que a veces los participantes puedan repetir lo escuchado, para estar seguros que oyen lo que se les dice, por ejemplo “Lo que oí decirte fue...”. La persona que está siendo entrevistada no debe ofrecer mucho, es el investigador el que debe trabajar para descubrir quién es el otro.

Después de la fase de entrevista, se vuelven a reunir en grupo, sentados en círculo. El instructor señala que ahora tienen la responsabilidad de presentar a

su pareja a todo el grupo. Cada miembro, por turno, debe pararse atrás de su pareja poniendo las manos sobre sus hombros y hacer la presentación, hablando en primera persona, como si él fuera su pareja. No debe haber confirmación de lo dicho durante esta fase. El individuo que está siendo presentado debe “guardar sus comentarios” para el periodo de discusión. Tanto el entrevistado como el entrevistador, deben mantener contacto visual con la “audiencia”. OPCIONAL: A la persona que está siendo presentada se le pueden pedir sus comentarios inmediatamente después de la presentación.

Después de que han terminado las presentaciones, el instructor conduce una discusión sobre el ejercicio, enfocándola en los sentimientos que se generaron y/o los asuntos inherentes a los objetivos.

El título de este ejercicio proviene de la idea de que cuando Pedro habla de Pablo, dice tanto de Pablo como de Pedro. El citar esta idea durante el análisis de la actividad promueve una discusión sobre los valores impuestos y las percepciones selectivas inherentes a las preguntas de la entrevista, tanto como aquellas inherentes al ordenamiento y balance durante la introducción.

El instructor guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

Anexo 6: Actividad: Juego de las estatuas

OBJETIVO

- Diagnosticar el conocimiento del grupo con relación a un tema.
- Profundizar sobre un tema.
- Verificar la comprensión de un tema.
- Vivenciar diferentes formas de pensar y posiciones ante situaciones o hechos.
- Obtener retroalimentación personal sobre actitudes conductas y reacciones.
- Aclarar problemas o situaciones que ocurren al interior de un equipo de trabajo.

TAMAÑO DEL GRUPO: Ilimitado, dividido en subgrupos de 4 participantes.

LUGAR: Un salón amplio bien iluminado acondicionado para que los participantes puedan moverse con libertad.

MATERIAL: Ninguno

DESARROLLO:

El instructor forma subgrupos y explica que este ejercicio se trata de poner a un grupo de compañeros en determinadas posiciones, para que transmitan un mensaje.

El instructor indica a un miembro de cada subgrupo que ponga en estatuas su idea de algún hecho o situación de su vida real que tenga que ver con (determinada) situación o hecho concreto.

La persona seleccionada por el instructor, en cada subgrupo, coloca a todos los miembros de su subgrupo en las posiciones que él crea representan mejor su idea (posición corporal, gestos, etc.) y explica por qué los puso así.

El instructor pide a los otros participantes que opinen, y si hay alguien que quisiera añadir o cambiar algo en las figuras.

El instructor guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

Anexo 7: Autorización del uso del test “D2 test de Atención”



A la vanguardia en evaluación psicológica
www.teaediciones.com

Por la presente TEA Ediciones S.A.U. da su **autorización** a Diva Paredes, estudiante de décimo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad de Las Américas de Quito-Ecuador, para la utilización de la prueba D2 - Test de atención del autor R.Brickenkamp, en el proyecto de titulación denominado: *Musicoterapia en adolescentes con bajos niveles atencionales*. Tal permiso se concede limitado por las siguientes condiciones:

1. El permiso de utilización se concede únicamente para los **fines de la investigación** anteriormente expuesta.
2. Los materiales serán adquiridos de acuerdo al cauce habitual de comercialización y la investigadora se compromete al uso de material original y respetando los derechos de propiedad intelectual.
3. En ningún caso se autoriza un **uso comercial** del instrumento ni la divulgación, lucrativa o gratuita, por ningún medio escrito o informático.

Madrid, a 30 de mayo de 2018



Fdo. Dña. M^a Ángeles Pérez Gómez
Psicóloga-consultora
Responsable Internacional TEA Ediciones S.A.U.

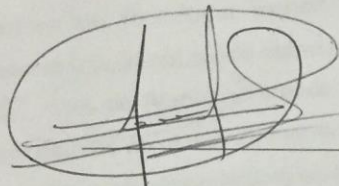
Anexo 8: Solicitud de Validación del Instrumento "D2 test de Atención"

Quito, 16 de mayo del 2018

SOLICITUD PRE-VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

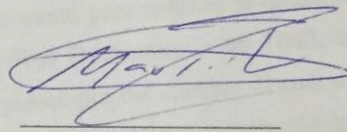
La presente tiene por objeto solicitar su colaboración para la revisión, evaluación y pre-validación del contenido de D2 Test de Atención, el mismo que será aplicada en el estudio denominado "Efectos de la musicoterapia en los niveles de atención de adolescentes", el cual será presentado como trabajo de titulación para optar por el título de Psicólogo/a Clínica

A continuación firman los presentes:



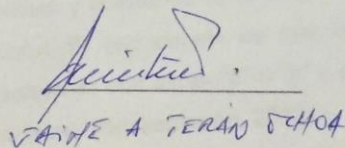
Docente validador/a

JAVIER TORO MERIÁLOPE



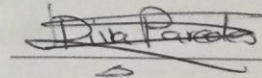
Docente validador/a

Mauricio Chip-ntiz



VALDE A. TERÁN ECHAZ

Tutor/a



Estudiante

Anexo 9: DIVA 2.0

file:///C:/Users/Diva%20Paredes/Downloads/instrumento%20tda%20(1).pdf

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR

1. Presencia de síntomas

Desatención

- A menudo no presta suficiente atención a los detalles, o comete errores por descuido en sus tareas escolares o en otras actividades
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas
- A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente
- A menudo no sigue las instrucciones y no finaliza tareas escolares sin que ellos se debe a un comportamiento negativista o incapacidad para comprender las instrucciones
- A menudo tiene dificultad para organizar las tareas
- A menudo, evita, le disgusta o es renuente e cuanto a dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (actividades escolares y otras).
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
- A menudo es descuidado en las actividades de la vida diaria

Hiperactividad

- A menudo se mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en su asiento
- A menudo abandona su asiento en el aula o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse con tranquilidad a actividades de ocio.
- A menudo está en movimiento o suele actuar como si tuviera un motor.
- A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- A menudo precipita respuestas antes d haber sido completadas las preguntas.
- A menudo tiene dificultades para guardar el turno
- A menudo interrumpe y se inmiscuye en las actividades de otros.

2. Algunos síntomas presentes antes de los 7 años. SI () NO ()

3. Algunas alteraciones se presentan en dos o más ambientes.

Escuela: SI () NO () Hogar: SI () NO ()

4. Repercusión funcional:

- La actividad social (especificar):
- La actividad académica (especificar):

5. SNAP-IV

Según el Tutor/a: Desatención: Hiperactividad-Impulsividad: Puntuación Total:

PRUEBAS APLICADAS

Dificultades específicas del aprendizaje:

- Lectura Escritura Cálculo Otro

Valoración global del rendimiento escolar:

- Nivel adecuado Retraso escolar

Resultados de otras pruebas:

OTROS DATOS DE INTERÉS

ACCIONES EMPRENDIDAS

- Profesorado
- Familia
- Alumno

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Tipo combinado).
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Tipo con predominio de déficit de atención).
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Tipo con predominio hiperactivo impulsivo).
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

Anexo 11: Ficha Pediatra-AP

**PROTOCOLO DE DERIVACIÓN Y TRASPASO DE INFORMACIÓN
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
FICHA PEDIATRA-AP**

DATOS DE FILIACIÓN NIÑO/A o ADOLESCENTE

Nombre:	Apellidos:	
Fecha de nacimiento:		Edad:
Nombre del padre:		Nombre de la madre:
Domicilio familiar:		
Teléfono:		Nº HCl:

DATOS PEDIATRÍA

Nombre y apellidos:	
Centro de Salud:	Teléfono de contacto:
Motivo de consulta:	

FECHA:

FIRMA:

2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR

1. Presencia de criterios DSM-IV :

Desatención 6 ó más ()

Hiperactividad/Impulsividad 6 ó más ().

2. Desde que edad están presentes los síntomas ()

3. Repercusión en varios contextos ()

4. Deterioro significativo familiar, escolar, social ()

5. Escala SNAP-IV:

Según el Tutor/a: Desatención: Hiperactividad-Impulsividad: Puntuación Total:

Según la familia: Desatención: Hiperactividad-Impulsividad: Puntuación Total:

3. ANTECEDENTES MÉDICOS Y ESTADO ACTUAL

Estado actual

Enfermedades

Tratamientos/tóxicos

Antecedentes médicos

Convulsiones

Tics

Cardiovasculares

Otros

4. HISTORIA EVOLUTIVA

Antecedentes obstétricos y perinatales:

Embarazo:

Parto: Eutócico Distócico Edad gestacional: Peso: Talla: Apgar: /

Patología perinatal:

Desarrollo psicomotor:

Deambulación: (meses) Primeros bisílabos: (meses)

Retraso en algún área del desarrollo:

Escolarización:

Relación con otros niños:

SITUACIÓN FAMILIAR Y ANTECEDENTES FAMILIARES

Situación familiar:

Ocupación de los padres: Padre

Madre

Nº de hermanos

Orden en la familia:

Antecedentes familiares:

TDAH

Tr. Específico Aprendizaje

Discapacidad Intelectual

Enfermedad Mental

Enfermedad cardiovascular

Otros

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso:

Talla:

Perímetro craneal:

Tensión Arterial:

Frecuencia cardiaca:

Fenotipo : Normal Dismórfico

Estigmas cutáneos : No Sí

Exploración general:

Exploración neurológica:

Exploración visual:

Exploración auditiva:

Otros:

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

- **TDAH :**
 - SUBTIPO COMBINADO
 - SUBTIPO PREDOMINIO DÉFICIT ATENCIÓN
 - SUBTIPO PREDOMINIO HIPERACTIVO/IMPULSIVO
- **COMORBILIDAD SALUD MENTAL:**

TRATAMIENTOS

Anexo 12: Solicitud de información al centro escolar y consentimiento de los padres o responsables legales para el traspaso de información.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN A CENTRO ESCOLAR:

Con el objeto de realizar una evaluación adecuada del niño/a sería recomendable que desde el Centro Escolar se cumplimentase la Ficha del Protocolo de derivación y traspaso de información (TDAH).

Gracias por vuestra colaboración,

Fecha:

Firma:

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

D/Dña:.....padre / madre / responsable legal del niño/a:.....doy mi consentimiento para que la información referente al trastorno que pueda afectar a mi hijo/hija/tutelado esté a disposición de los profesionales educativos y sanitarios que van a intervenir en el proceso diagnóstico-terapéutico del mismo.

Fecha:

Firma de la madre

Firma del padre

Firma del responsable legal

Anexo 13: Escala SNAP (Versión Abreviada)

Escala cuantitativa SNAP-IV (versión abreviada)

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad _____

Curso escolar _____ Etnia _____

Para el maestro.

Encuesta contestada por _____

Número de alumnos en la clase _____ Teléfono de contacto _____

Hora de contacto recomendada _____

Para los padres.

Encuesta contestada por _____

¿Conviven ambos padres en el hogar _____

Nº de hermanos que conviven en el hogar (incluido el paciente) _____

Periodo considerado para esta evaluación:

Semana previa Mes previo Año previo Toda la vida

Para cada una de las 18 frases siguientes, usted debe **puntuar entre 0 y 3** según la intensidad con que la frase caracterice al niño. **No deje ninguna sin puntuar.**

- **0:** significa que la frase no es aplicable al niño en absoluto, nunca o casi nunca.
- **1:** significa que de forma leve o sólo a veces.
- **2:** significa que un poco más o bastantes veces.
- **3:** que mucho o muchas veces.

DEFICIT DE ATENCIÓN

Déficit de atención	1	A menudo no presta atención minuciosa a los detalles o comete errores por descuido en los trabajos escolares o en otras tareas.	
	2	Con frecuencia tiene dificultad para permanecer atento en juegos o en tareas.	
	3	A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.	
	4	Con frecuencia no cumple las instrucciones ni termina el trabajo escolar, tareas o deberes.	
	5	A menudo tiene dificultad para ordenar sus tareas y actividades.	
	6	En muchas ocasiones evita, rechaza o a regañadientes participa en tareas que le exigen un esfuerzo mental sostenido.	
	7	A menudo pierde objetos necesarios para actividades (p. ej. juguetes, lápices o libros).	
	8	Con frecuencia se distrae por estímulos externos.	
	9	Olvida actividades diarias.	

HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD

Hiperactividad / Impulsividad	10	Mueve las manos o los pies o se mueve en su asiento.	
	11	A menudo se levanta de su sitio en clase o situaciones en las que se espera que esté sentado.	
	12	Con frecuencia se mueve, columpia o trepa en situaciones en las que no es apropiado.	
	13	Suele tener dificultades para jugar o participar en actividades de forma ordenada o en silencio.	
	14	A menudo está listo para cualquier actividad y se mueve rápidamente, como impulsado por un motor.	
	15	Suele hablar en exceso.	
	16	A menudo responde antes de que se haya completado la pregunta.	
	17	Tiene dificultades para esperar su turno.	
	18	Suele interrumpir o entrometerse (por ejemplo en conversaciones o juegos).	

Interpretación de la escala SNAP-IV (para el profesional):

1 a 9 valoran el déficit de atención y 10 a 18 la hiperactividad / impulsividad. Se suman los puntos de cada bloque y se dividen entre 9, y posteriormente los de ambos bloques y se dividen entre 18. Se utiliza como punto de corte de la normalidad el percentil 95 (probabilidad de error del 5%):

- Para el déficit de atención: 2,56 para el profesor y 1,78 para padres
- Para hiperactividad / impulsividad: 1,78 para el profesor y 1,44 para padres
- Para ambos: 2,00 para el profesor y 1,67 para los padres

Puntos de corte	Profesores	Padres
Punto de corte al 5% de la inatención (Valor SUMA INATENCIÓN /9)	< 2,56	< 1,78
Punto de corte al 5% de la hiperactividad (Valor SUMA HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD /9)	< 1,78	< 1,44
Punto de corte al 5% de la suma total (Valor SUMA TOTAL /18)	< 2,00	< 1,67

Anexo 14: Informe médico para centro escolar

DATOS DE FILIACIÓN DEL NIÑO/A:		
Nombre:	Apellidos:	Edad:
DIAGNÓSTICO:		
TRATAMIENTO:		
OTROS ASPECTOS DE INTERÉS:		
Fecha:	Firma:	

