

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA (FDS)

MUSICOTERAPIA Y TRASTORNO POR HIPERACTIVIDAD

(Estudio realizado con estudiantes de tercero a sexto primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta
Caserío Patzité Tierra Fría, Nahualá, Sololá)

TESIS DE GRADO

VENTURO RODOLFO GUARCHAJ TUM
CARNET 16181-12

QUETZALTENANGO, ENERO DE 2018
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA (FDS)

MUSICOTERAPIA Y TRASTORNO POR HIPERACTIVIDAD

(Estudio realizado con estudiantes de tercero a sexto primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta
Caserío Patzité Tierra Fría, Nahualá, Sololá)

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

VENTURO RODOLFO GUARCHAJ TUM

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGO EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO

QUETZALTENANGO, ENERO DE 2018
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANO: MGTR. HÉCTOR ANTONIO ESTRELLA LÓPEZ, S. J.
VICEDECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
MGTR. MARÍA NIEVES MARTÍNEZ ORTÍZ

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN
LIC. KARLA PATRICIA ARRIOLA SARTI DE ABALLI

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.

SUBDIRECTORA ACADÉMICA: MGTR. NIVIA DEL ROSARIO CALDERÓN

SUBDIRECTORA DE INTEGRACIÓN
UNIVERSITARIA: MGTR. MAGALY MARIA SAENZ GUTIERREZ

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN
GENERAL: MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ

Quetzaltenango, 11 de noviembre 2017

Ingeniera
Nivia Calderón
Sub Directora Dirección Académica
Universidad Rafael Landívar
Campus Quetzaltenango

Respetable Ingeniera.

Atentamente la saludo para hacer de su conocimiento que, como asesora del trabajo de Tesis titulado: **“Musicoterapia y Trastorno por Hiperactividad”** (Estudio realizado con estudiantes de tercero a sexto primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta Caserío Patzité Tierra Fría, Nahualá Sololá), elaborado por el estudiante **Venturo Rodolfo Guarchaj Tum**, con carné número 16181-12, previo a conferírsele el título de LICENCIADO EN PSICOLOGIA, me permito informarle que el trabajo fue realizado con responsabilidad y esmero por lo que a mi juicio está concluido y cumple con los requisitos exigidos por la Universidad Rafael Landívar, por lo tanto solicito se designe revisor (a) de fondo de esta investigación para que emita el dictamen correspondiente.

Atentamente


Mgtr. María Nieves Martínez

Asesora.

Mgtr. María Nieves Martínez
PSICOLOGA
COLEGIADO 1910



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 052375-2018

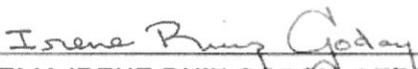
Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante VENTURO RODOLFO GUARCHAJ TUM, Carnet 16181-12 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA (FDS), del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 0563-2018 de fecha 5 de enero de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

MUSICOTERAPIA Y TRASTORNO POR HIPERACTIVIDAD
(Estudio realizado con estudiantes de tercero a sexto primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta Caserío Patzité Tierra Fria, Nahualá, Sololá)

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGO en el grado académico de LICENCIADO.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 8 días del mes de enero del año 2018.


MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODÓY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar



Agradecimiento

A Dios: Por ser la fuente de conocimiento que día con día nunca me faltó.

A mis Padres: Por acompañarme, apoyarme y proveer en mi formación.

A mis Licenciados: Por nunca abstenerse a transmitir sus conocimientos hacia mí.

A mis Amigos: Por ser las personas con quien compartí cada etapa y proceso de mi formación.

Dedicatoria

A Dios: Todo viene de Él, y todo vuelve a Él.

A mis Padres: Para que vean el fruto de sus esfuerzos

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Musicoterapia.....	8
1.1.1 Definición.....	8
1.1.2 Historia de la musicoterapia.....	8
1.1.3 ¿Qué es la música?.....	11
1.1.4 Elementos de la música.....	12
1.1.5 La música y sus efectos terapéuticos.....	13
1.1.6 La sesión de musicoterapia.....	15
1.1.7 Técnicas de intervención.....	16
1.1.8 Aplicación de la musicoterapia.....	18
1.2 Trastorno por Hiperactividad.....	21
1.2.1 Definición.....	21
1.2.2 Causas.....	22
1.2.3 Diagnóstico.....	22
1.2.4 Criterios diagnósticos.....	27
1.2.5 La química cerebral en el TDAH.....	29
1.2.6 ¿Qué es la hiperactividad infantil?.....	32
1.2.7 TDAH y comorbilidad.....	33
1.2.8 Tratamiento.....	35
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	38
2.1 Objetivos.....	39
2.1.1 Objetivo general.....	39
2.1.2 Objetivos específicos.....	40
2.2 Hipótesis.....	40
2.3 Variables o elementos de estudio.....	40
2.4 Definición de variables.....	40
2.4.1 Definición conceptual de las variables o elementos de estudio.....	40
1.4.2 Definición operacional de las variables o elementos de estudio.....	41

2.5	Alcances y límites.....	42
2.6	Aportes.....	42
III.	MÉTODO.....	44
3.1	Sujetos.....	44
3.2	Instrumentos.....	44
3.3	Procedimiento.....	45
3.4	Tipo de investigación, diseño y metodología estadística.....	46
IV.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	49
V.	DISCUSIÓN.....	53
VI.	CONCLUSIONES.....	58
VII.	RECOMENDACIONES.....	59
VIII.	REFERENCIAS.....	60
IX.	ANEXOS.....	64

Resumen

La musicoterapia ha sido siempre parte de la evolución de las personas, durante los años pasados se ha aplicado como una técnica alternativa en el trato de una variedad de enfermedades corporales y cognitivas, por consiguiente, su proceso y ejecución se utiliza en la regulación y eliminación de conductas alarmantes en niños como el Trastorno por Hiperactividad. El cuerpo entero es vulnerable a los efectos de la música, lo cual causa un acierto en la vida de los niños hiperactivos.

El objetivo general de la investigación fue determinar la incidencia de la musicoterapia en el manejo del Trastorno por Hiperactividad, asimismo la pregunta de investigación fue verificar cómo incide la musicoterapia en los estudiantes de tercero a sexto primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta Caserío Patzité Tierra Fría, Nahualá Sololá. El universo fue de 109 y los sujetos fueron 17 diagnosticados con Trastorno por Hiperactividad, comprendidas entre las edades de 6 a 12 años con un nivel socio económico bajo y medio. Para su efecto se utilizó la escala de evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) de Anna Farré i Riba y Juan Narbona García, por ende se llevó a cabo las intervenciones de musicoterapia, se aplicó el diseño pre experimental de pre test y post test para la verificación de los cambios.

Como principal conclusión se comprobó que la ejecución sistemática y objetiva de la musicoterapia tiene un alto grado de incidencia en el manejo del Trastorno por hiperactividad, por lo que se recomienda aprovechar la musicoterapia como una herramienta precisas y objetiva en el abordaje de conductas alarmantes que presenta dicho trastorno.

Palabras claves: hiperactividad, musicoterapia, niños, trastorno, música, conductas.

I. INTRODUCCIÓN

La musicoterapia siempre ha sido útil desde los inicios de la humanidad, a través del tiempo ha tomado relevancia en la cura de las distintas enfermedades emocionales, físicas y psicológicas, tanto genéticas como las que se adquieren en el ambiente, asimismo en el manejo de las acciones alarmantes de los niños es eficaz, ayuda a fortalecer lo positivo, eliminar o disminuir lo negativo en el carácter sin importar cultura, género y edad, de una manera natural y sutil, ya que todas las áreas del ser humano; cognitiva, emocional y corporal, son indefensas a los efectos de la música. La música hace que la capacidad cerebral crezca en sus diferentes superficies, para que determine el equilibrio, estimule y desarrolle plenamente soluciones correctas de los problemas.

Por otra parte, el problema de conducta muy usual en la edad escolar es el Trastorno por Hiperactividad, que afecta de una forma más notoria a los niños que a las niñas, dicho trastorno dificulta la relación, integración y el proceso de enseñanza-aprendizaje en el ambiente educativo. Es un trastorno de conducta de origen básicamente genético que puede ser fortalecido por los estímulos cotidianos del hogar y del centro educativo en el cual el niño se desenvuelve, en algunos niños se caracteriza por la impulsividad y agresividad que puedan presentar, por lo que limita a los de su alrededor a estar cerca de ellos. Tradicionalmente los niños que muestran dicho trastorno son incomprensidos, y no se tratan con la importancia, atención y tratamiento adecuado.

Con el siguiente estudio se pretende a través de la musicoterapia ayudar a los niños con Trastorno por Hiperactividad, por ello el terapeuta los inducirá a canalizar su energía de manera creativa, dinámica y espontánea, con la cual no se sentirán limitados a expresar sus emociones de manera corporal y libre, para alcanzar un equilibrio emocional y fortalecer sus vínculos

interpersonales. De esta manera se potencializa el desarrollo de sus habilidades físicas y mentales; destrezas, creatividad y autoestima para una comunicación diferente de sus emociones y pensamientos. De esta misma manera se logra reducir los signos y síntomas que los niños presentan, ya que la técnica de musicoterapia les ayudará a no reprimir los impulsos que caracterizan al Trastorno por Hiperactividad.

Es importante la adecuada atención y manejo del trastorno antes mencionado, ya que con la música se puede alcanzar un progreso positivo en el desarrollo de los niños, lo mejor es que a pesar de los buenos resultados que puede causar, hay una variedad de técnicas que son fáciles de acoplar a las características, necesidades, síntomas y signos que cada niño pueda presentar. El objetivo general de este estudio es determinar la incidencia de la musicoterapia en el manejo del Trastorno por Hiperactividad en los estudiantes de tercero a sexto primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta Caserío Patzité Tierra Fría, Nahualá Sololá.

A continuación se establecen algunos criterios de varios autores sobre la temática a tratar:

Goncebats (Como se citó en Mejía, 2002) en el artículo titulado Armonías que curan, que aparece en la página electrónica Prensa libre, de fecha 20 de noviembre, comenta que los elementos que forman la música; sonidos, ritmos y melodías se utilizan como complemento de otras técnicas clínicas para tratar una variedad de trastornos mentales. La música no solo deleita el oído, también genera un bien en la persona, un estado de relajación considerable para afinar los problemas psicológicos, neurológicos y fisiológicos, y lograr un equilibrio en los desórdenes conexos con el cerebro. Asimismo, posibilita la interacción en las personas de todas las edades con dificultades, permitiéndoles obtener una salida creativa en sus conflictos, para perfeccionar su relación intrapersonal, ambiental y social.

Cojulun (2010) en su tesis titulada eficacia de la musicoterapia para el tratamiento en la ansiedad en niños, indica que dentro de los objetivos de dicha investigación se encuentra el poder determinar si la ejecución de un programa de musicoterapia disminuye el grado de ansiedad en un grupo de niños y niñas entre los 9 y 12 años, para lo cual empleó una muestra de 15 niños, del Programa Comunitario Futuro Vivo, el cual está ubicado en la 10 calle 21-97, Vista Hermosa III zona 16. Se utilizó el instrumento escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) lo que pienso y siento. El diseño de investigación fue pre experimental, de esta forma se obtuvo la validez de la musicoterapia, que se evidenció en el desarrollo de ciertos aspectos positivos de la personalidad del niño ansioso, como; afectividad, forma de comunicación, seguridad, relación con las demás personas. De la misma manera logró un declive en la ansiedad y sus efectos físicos, por lo cual, la musicoterapia puede ser un método para el manejo de la ansiedad en niños.

La conclusión a la que llegó es que la musicoterapia ayuda a exteriorizar las emociones del niño de manera dinámica con movimientos corporales, que proporcionan un ambiente seguro y libre, incitándole a explorar su personalidad sin abstenerse por los prejuicios y estereotipos de cordura, de esta manera se aprueba su efectividad para el control de la ansiedad y recomienda estimular el gusto por la música, por sus altos efectos en el manejo de las emociones de las personas de todas las edades.

Xón (2011) en su tesis titulada musicoterapia como herramienta para afrontar la ansiedad, dentro de los objetivos propuestos indica establecer el impacto de la música en el afrontamiento de la ansiedad en los niños, para lo cual se empleó una muestra de 27 niños de ambos sexos entre las edades de 9 a 12 años que viven en Aldeas Infantiles S.O.S. Quetzaltenango. Se utilizó el inventario de ansiedad estado-rasgo en niños IDAREN y ficha musicoterapéutica, donde se registran los aspectos a evaluarse, como percepción auditiva, sensaciones, emociones y aspectos

relacionados a la ansiedad. El tipo de investigación fue experimental. La conclusión a la que llegó es que la musicoterapia es un beneficio terapéutico factible para contrarrestar la ansiedad en niños, ya que puede regular las emociones, asimismo proporciona un grado de relajación ante eventos causantes de ansiedad, para un control considerable sobre sus emociones. Por consiguiente, recomendó inculcar la música como un medio imprescindible en la formación de los niños.

Anchundia (2014) en el artículo Música para mejorar, que aparece en la página electrónica la revista El Universo. Con fecha 22 de junio, establece que el empleo de la música con fines terapéuticos en estados crónicos de salud, logra obtener diferentes resultados psicológicos y físicos. Trabajar lúdicamente, ofrece una mejora en el estado anímico, social, cognitivo de las personas en general. Recomienda que el infante debe ser criado siempre con música, desde el embarazo, para que desarrolle su creatividad, habilidades, aptitudes, conocimientos, relajación y una correcta respiración, para un mejor desenvolvimiento. Pero no cualquier música, sino música tranquila, amena, que genere un impacto positivo; felicidad, para que puedan controlarse, tranquilizarse y para ayudar a su socialización en cualquier ambiente familiar o social.

Saravia (2014) en el artículo titulado La música también puede curarnos, que aparece en la página electrónica Prensa libre. Con fecha 10 de septiembre, expone que la música tiene efectos positivos o negativos sobre todas las áreas que forman el ser humano, ya que puede aumentar o disminuir las emociones, pensamientos y conductas de las personas; puede ser escuchada o ejecutada. En los niños, es importante diagnosticar cuál es su problema, para plantear un plan terapéutico sistematizado, utilizar la música como un medio auxiliar que fortalece el eje principal del proceso terapéutico. Existen distintos géneros musicales que se

pueden utilizar en niños con diferentes necesidades clínicas y psicológicas, la música clásica es la más empleada. Para problemas de aprendizaje se usa la música de Mozart o Chopin. En el caso de dolencia física, se usan composiciones de Vivaldi. Uno de los grandes beneficios mencionados, es que la utilización de la musicoterapia en la hiperactividad es positiva e inminente, ya que reduce de forma inmediata las conductas no deseadas.

Cañizares (2016) en el artículo titulado Disminución del dolor con musicoterapia, que aparece en la página electrónica El mundo. Con fecha 2 de diciembre, se refiere a la música con implicaciones psicoterapéuticas por medio de sus elementos: sonido, ritmo, melodía y armonía. Puede aplicarse en diferentes contextos que no se reducen a una simple repercusión psicológica; uno de ellos es el alivio del dolor. Tal como evidencia Ewha Womans University de Seúl, en Corea del Sur, la inclusión de música en tratamientos contra el dolor agudo o crónico, puede ayudar a reducir las molestias, el nivel de estrés y la ansiedad, porque provoca momentos de relajación y distracción al presentarse el dolor, favorece un sentido de esperanza para afrontar la enfermedad, concientización y resignación en los pacientes enfermos.

Mosquera (2011) en el artículo titulado Hiperactividad infantil, que aparece en la página electrónica la revista El universo. Con fecha 06 de noviembre, explica que todo niño que no logra mantener atención por tiempos prolongados, conforme a su edad, o presentar conductas excesivamente inquietantes, impulsivas, distraídas, de desorden en cualquier lugar, problemas en su ambiente, superior a su edad y su desarrollo, puede presentar problemas de hiperactividad. Los niños hiperactivos, tienen problemas para expresar sus sentimientos y controlar sus emociones verbalmente, por ello lo hacen de forma corporal, ya que no tienen el mismo mecanismo de desarrollo que un niño sano. Es importante analizar sus síntomas y no encasillarlos dentro de un diagnóstico. Es imprescindible que maestros, cuidadores y padres de

hijos hiperactivos establezcan una comunicación fluida, para una comprensión acerca de los eventos relevantes de sus conductas y así poder darle solución o apoyo inmediato, para conducir su energía hacia actividades físicas placenteras.

Hernández (2012) en su tesis titulada Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de nivel primario, menciona que uno de los objetivos de dicha investigación es diagnosticar a los sujetos afectados por los síntomas del TDAH. Se contó con una población de 144 alumnos, de los cuales se extrajo una muestra de 105 niños de ambos sexos con edades comprendidas entre los 7 y 12 años, religión cristiana, estudiantes del nivel primario del Colegio los Niños del Señor, ubicado en la cabecera departamental de Quetzaltenango. Se utilizó la prueba psicométrica EDAH (Escala para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad). El tipo de investigación fue descriptivo. Se concluye que es inevitable la atención inmediata, debido a que la mayoría de los niños han presentado problemas de conducta y son vulnerables a padecer de TDAH, donde el género más afectado es el masculino. Por lo que se recomienda referir a los niños diagnosticados con TDAH con un profesional de la psicología para un tratamiento adecuado.

Orellana (2016) en el artículo titulado Cómo le ayudo en casa a un niño con TDAH, que aparece en la página electrónica Prensa libre, de fecha 25 de abril, comenta que un niño que padece de TDAH, requiere de cuidados que cubran todas sus necesidades para un desarrollo congruente. El TDAH es una alteración neurobiológica que se caracteriza en quien lo padece, por períodos excesivamente cortos de atención, presentan hiperactividad e impulsividad. Jennifer Morales de Greenberg, expone que los niños que muestran TDAH requieren límites, estructura y organización.

Las personas que los cuidan, deben de ser tolerantes, ordenadas, espontáneas para lograr equidad en la convivencia, de igual forma promover la empatía con los hermanos y amigos, para lograr equidad en los quehaceres que puedan realizar, y poder modelar las conductas sociales. Así mismo recomienda que los niños asistan a actividades extracurriculares para canalizar su energía y actividades físicas donde se sientan cómodos, y no mantenerlos en actividades como; ver televisión y videojuegos, sobre todo violentos, donde puedan fortalecer las conductas no deseadas.

La Haya / Efe (2017) en el artículo titulado Niños hiperactivos padecen trastorno cerebral y no son maleducados, que aparece en la página electrónica Prensa libre. Con fecha 17 de febrero, explica que los niños con TDAH sufren un trastorno cerebral, producto de la carencia en el crecimiento neuronal, por lo que hay que dejar de lado el estigma que son niños maleducados. Según una investigación internacional publicada en Holanda. Realizada por Marcel Wortel, del Hospital Universitario de Nijmegen, Holanda. Menciona que el volumen total del cerebro es menor en personas de TDAH, en comparación con personas sanas, por tal razón, los padres deben entender y aprender a lidiar con sus hijos, proporcionándoles el sostén adecuado para un desarrollo integral. El TDAH se caracteriza por síntomas como falta de atención, impulsividad e hiperactividad y lo sufre uno de cada 20 niños en todo el mundo, se puede confundir con conductas inadecuadas, por lo que se recomendó no estigmatizar a los niños hasta la espera de un diagnóstico profesional, para no etiquetar y considerar de mala forma las conductas de los niños.

1.1 Musicoterapia

1.1.1 Definición

American Music Therapy Association (Asociación Americana de Terapia Musical) (como se citó en Jordi, 2011) define que la musicoterapia es un medio en el campo de la salud, que tiene como eje principal la música en sus diferentes géneros, para las necesidades globales de los seres humanos en las áreas en que se desenvuelven. En todas las edades, la musicoterapia genera un acierto en la calidad de vida, y es un medio de apoyo para los niños y adultos con discapacidades o enfermedades. Puede diseñarse para mejorar el bienestar, para disminuir síntomas que generan malestar y fortalecer actividades dinámicas que generan satisfacción, y rehabilitación física en las personas.

Benenzon (2011) afirma que la musicoterapia es la ejecución sistemática del sonido. Para que la música e instrumentos puedan llegar a ser un método psicoterapéutico, a través del que, el dirigente y el paciente logren la conexión que facilite el proceso, tiene que ser sistemático y objetivo, así lograr el bienestar del paciente hacia su recuperación y rehabilitación para su unificación social. Dicha técnica tiene relación con el campo de la medicina, estudia la relación del sonido en el ser humano, para abrir canales de comunicación donde se pueda causar efectos para su bienestar psicológico, físico y emocional.

1.1.2 Historia de la musicoterapia

Benenzon (2011) comenta que la concentración de la música en la cura de malestares en el cuerpo de las personas es antiguo, las primeras anécdotas registradas sobre sus alcances en el cuerpo humano podría ser los papiros médicos egipcios, localizados en Kahum, por Petrie, en 1899, alrededor del año 1500 A.C. Hace referencia sobre el gusto por la música, porque se

consideraban agradables sus efectos para facilitar el progreso de fecundación en la mujer. No obstante, todos los autores coinciden que la primera manifestación positiva de los efectos de la música, se vio en la historia bíblica, donde se mencionan al rey David y Saúl. En el momento que Saúl le pedía a David tocar su arpa para echar a los espíritus malos que lo atormentaban. Desde ese punto, surgieron las distintas teorías sobre los bienes de la música en el ser humano.

El poder completo de la música que se expone sobre los seres humanos, se considera que puede ser resultado del ser primitivo que cada uno lleva dentro, debido a que el hombre siempre ha considerado el impacto del sonido. Por ello, el sonido ha sido la insignia para el apareamiento de todas las cosas visibles e invisibles. Hay múltiples relatos sobre la creación del universo, donde el sonido es el común denominador. Los egipcios aseguran que el dios Thot creó el mundo con su voz. Marius Schneider, afirma que el universo fue creado por un fenómeno resonante, según la ideología de los Persas e Hindúes sobre la creación de todas las cosas. Margaret Mead menciona que en algunas tribus de Nueva Guinea, las voces de los espíritus se hacen presente con la ejecución de instrumentos de percusión y de viento. El tótem ancestral, presentaba una manifestación acústica que daba respuesta a ciertos sonidos, donde el hombre podía identificarse y así estar con vida.

Un ejemplo que data del año 1870, que relata el doctor Neumann sobre un misionero inglés James Sibree, quien se hizo presente en la curación de dos señoritas enfermas, llevado a cabo en un ritual en Madagascar con ayuda de música y danza donde los pobladores hicieron rituales coreográficos, dirigidos por una mujer que causaba un sonido ensordecedor, junto con sonidos de pedazos de metal que según ellos expulsaban a los espíritus malignos de los cuerpos, de este modo se logró la sanidad de las jóvenes. Asimismo, las fuentes medievales, tanto Árabes como Judíos, hacen referencias que se llamaban a los músicos en los hospitales para ayudar a

aliviar el dolor de los enfermos. Los efectos increíbles de la música se atribuían también a los instrumentos musicales, son todos los instrumentos de viento formados con huesos humanos. Los Griegos utilizaron la música de una forma más sistemática y controlable, para las distorsiones corporales y cognitivas.

En la historia de la musicoterapia, Platón y Aristóteles, han sido testigos de los efectos de la música, se considera que pueden haber sido los que impulsaron a los musicoterapeutas. Aristóteles aseguraba los beneficios médicos de la música, como una manera de liberarse de las emociones que le causaban malestar; era su forma de desahogarse. Platón se deleitaba en la música en momento de inestabilidad, causada por estímulos no agradables para su persona, de esta manera encontraba congruencias y serenidad consigo mismo. En el año 1489 Marsilio Ficino y sus discípulos, se hicieron presente, al haber sido considerados constructores de la teoría más explícita y atrevida sobre los efectos causados por la música, a través de su diversa ejecución, al unificar la filosofía, la medicina, la música, la magia y la astrología. Ficino presentó, que coordinadamente cada elemento de la música causaba efectos diferentes en el ser humano, lograba equilibrar las emociones y pensamientos en pos de las diferentes melodías.

En el libro *Memoire sur la maniere de guérir la melancolie par la musique*, de Pierre Buchoz, asegura que el tipo de música a aplicar para los temperamentos melancólicos secos, es música con tono bajo para que vaya en aumento y lograr efectos placenteros. Gracias a esta regulación armónica, las fibras tensas se diluyen poco a poco, para una desensibilización sistemática en las emociones y pensamientos, también menciona que hay que acudir a la música suave, sonora, agradable; esta música tiene una manera sutil de tocar en lo más hondo del ser humano, de manera peculiar y amena. Joseph Mason Cox, resalta la música entre las

distracciones más eficaces que alejan la percepción y los sentimientos del paciente que le causan tristeza.

Tissot menciona dos tipos de música; música incitativa y música calmante, aseguraba que el primer tipo se caracteriza por ritmos de alegría y acelerados que ayudan a crear un estado anímico dinámico en las personas, el segundo tipo ayuda a calmarlos, por ser música suave, se crean ambientes que optimizan lo positivo con el objetivo de lograr una etapa de relajación. El autor propone que es una ventaja ayudar al enfermo con los diversos efectos de la música, sin causarle ninguna molestia e inquietud, aun sin poder eliminar el núcleo del dolor. Todos estos fundamentos históricos, dan realce a los efectos históricos de la música en el desarrollo humano, que aportan una perspectiva más lógica y coherente para la aceptación de la musicoterapia, como una disciplina científica en la cura de todo tipo de enfermedades físicas, psicológicas, emocionales y espirituales en el ser humano.

Jordi (2011) menciona que los beneficios de la música hoy en día han tomado relevancia en todo el mundo, centros de estudios superiores y centros hospitalarios los estudian constantemente, ya que existen respaldos científicos que avalan el sonido y la música como algo primario en desarrollo humano, siempre se ha confirmado a través de la historia, por haber sido considerada en tratamientos de dolores físicos y psíquicos.

1.1.3 ¿Qué es la música?

Jordi (2011) define la música como una sensación placentera con la cual el ser humano logra deleitarse, que percibe a través de causas espontáneas en su ambiente, como consecuencia de diferentes tipos de sonidos o medios energéticos que con sus frecuencias multidimensionales

establecen determinado efecto, ocasionada por las conmociones de dichos cuerpos u objetos, para una sensibilización placentera y total en la persona.

1.1.4 Elementos de la música

Trallero y Oller (2009) señalan que existen cuatro elementos primarios de la música, que son:

- El sonido: da notorio inminente a la música y la primera impresión de lo que se escucha, genera la sensación tangible para los sentidos del ser humano, perpetuamente ha sido parte de la creación, siempre ha existido, en diferentes tonalidades y expresiones. Ayuda a identificar el entorno donde se vive de manera agradable o desagradable, la iniciación de la música existe vigente en todas partes. Rodean al ser humano, puede ser causado por él mismo, por la naturaleza u otros objetos hechos por manos del hombre, no se puede tener control sobre los sonidos que viene del entorno, solo se puede disfrutar o evitar, pero también la persona es capaz de generar sonido por su propia cuenta, de hecho, el sonido está presente en lo que se hace diariamente, hasta en la persona misma, con sus acciones, su respiración, su caminar, todo lo que es tangible para el oído es sonido.

Trallero y Oller (2009) mencionan que “El sonido es una realidad física que captamos por medio de las vibraciones sonoras que nos llega por el aire, que nuestro oído transmite al cerebro y esto se descodifica y convierte en señales sonoras reconocibles” (p. 31). La música en general está conformada por sonidos, pero no todo sonido es música, es decir, para que el sonido sea considerado música, independientemente de los efectos que puedan causar; positivos o negativos, tiene que presentar una estructura y una intensidad estructurada, que causa efecto profundo en la persona, a la vez tiene que ser guiado por un experto en el área de la musicoterapia.

- El ritmo: es el elemento que genera las sensaciones en el ser humano, el que da vida y forma al sonido con el cual invita a la persona a moverse con lo que percibe o simplemente solo deleitarse. Es el eje de la música que estimula, y tiene la potestad de incentivar y conectar a la persona con su propio ritmo, en diferentes tiempos, ambientes y espacios, con lo que se puede marcar la intensidad de los movimientos y con el que las personas coordinen su comportamiento de manera sana y agradable.
- La melodía: es el tercer elemento de la música, consecuencia de la unificación del sonido y el ritmo, que se convierte en la parte fina y manipulable por momentos. Es la que conecta las partes más primarias de las personas; pensamientos, emociones y conductas, para identificarse con lo que escucha, haciéndole viajar por vivencias remotas o futuras. Causa un efecto inmediato y regulador en las expresiones, con una estructura casi predecible y sistemática donde la persona pueda encontrarse controladamente con su parte más íntima o afectiva. La melodía despierta sensaciones reprimidas, da vida a la persona, lleva a un mundo de sensibilidad, calma y genera sanación espontánea.
- Armonía: es el elemento final de la música, la unificación simultánea del sonido, ritmo y melodía, es la consecuencia de la afinación sistemática de cada elemento; en tiempo, tonalidad y secuencia. Su perfeccionamiento es otorgado a una buena audición musical para su correcto enlace. Ciertamente todas las personas pueden gozar de ello, pero no todas tienen la capacidad de poder ordenar las distintas características que conllevan su ejecución exacta, se necesita práctica para manejar sus diferentes alturas musicales.

1.1.5 La música y sus efectos terapéuticos

Trallero y Oller (2009) mencionan que los efectos positivos de la música son altamente aceptables para el control de las dificultades emocionales y psicológicas, existen teorías

científicas sustentables durante la historia que lo avalan, desde mucho tiempo atrás se ha aplicado la música para la regulación de enfermedades en distintas partes del mundo, desde la Grecia clásica hasta en la actualidad. La música es el único medio natural que puede englobar el ser completo de las personas, desde lo físico hasta lo espiritual, le otorga un poder único y conveniente para una gran cifra de malestares en las personas.

- Beneficio de la música en la infancia: Vaillancourt (2009) indica que la música en la niñez tiene grandes y múltiples beneficios en la evolución física y cognitiva de los niños, les permite desarrollar sus propias cualidades musicales que son visibles en su expresión corporal, en sus melodías espontáneas e innatas, en sus cantos y su fluidez incondicionada en hacer las cosas. La música libera al niño para que le dé rienda suelta a su iniciativa, y por consiguiente una mejora en su creatividad. De la misma manera fortalece sus habilidades, virtudes, agiliza su motricidad para beneficiar su aprendizaje constante. La música en la niñez puede ser una herramienta donde el niño descubra cosas que no sabe de sí mismo, donde su sentido intuitivo pueda ser acompañado, para que en él se cree un modelo dinámico de solucionar las circunstancias conflictivas habituales que se le pueda presentar.
- Aplicación de la musicoterapia en hiperactividad y problemas de aprendizaje: Jordi (2011) ejemplifica que con la musicoterapia “se consiguen buenos resultados en niños hiperactivos, con conflictos de conducta y de aprendizaje, mejora su autoestima, atención, concentración, coordinación, aprendizaje y socialización” (p.122). La música rock es funcional en el trato de los niños hiperactivos, esto genera un ritmo adecuado en su desarrollo para lograr congruencia con sus acciones físicas, ya que ellos presentan un mayor nivel de energía desequilibrada, se sentirá identificado y facilitará su desarrollo físico, cognitivo y social, porque tendrá la independencia de expresarse de manera natural.

1.1.6 La sesión de musicoterapia

Gallardo (2011) establece la sesión como la ejecución de los elementos de la música en beneficio del paciente por parte del terapeuta, no es una enseñanza musical que puede darse como resultado de la interacción musical durante la sesión. De la misma manera se menciona la importancia de la habilidad y espontaneidad musical del terapeuta para su desarrollo adecuado y objetivo, sin embargo se hace necesario seguir ciertos parámetros de abordaje en la sesión propiamente dicha, como:

- **Conducción:** es la parte donde el musicoterapeuta tiende a ser directivo, debe tener claro que todo lo que se trabaje es parte de proceso de tratamiento en beneficio del paciente, indica qué es permitido y qué no, básicamente es la guía en la sesión. Se necesita ser ejecutada estratégicamente para que el paciente logre identificar su problemática a tratar y que se dé cuenta de los beneficios que le puedan traer si se logra una solución favorable. Es la parte donde el profesional ya mencionado transmite seguridad en el manejo de la problemática, y así lograr que el paciente tenga la convicción de no enfrentar solo sus problemas.
- **Inducción:** es la forma más específica de conducción netamente dicha de guiar al paciente hacia sus conflictos internos más profundos, que representen dificultades en el tiempo del proceso, es más directivo para la clarificación de los cambios mínimos que pueden estar ocultos y que son causantes de bloqueos constantes en el paciente, que impiden la resolución completa de sus problemas. Es lo que facilita la conducción global de la problemática y lo que refuerza la seguridad en el paciente durante el camino hacia un buen trabajo en la sesión.
- **Promoción:** parte del proceso donde el paciente toma protagonismo, muestra fortaleza y seguridad de darle solución a sus problemas. No obstante, es el musicoterapeuta quien identifica si es el momento adecuado o no de darle viabilidad a estas fuerzas positivas, para

mejorar el transcurso del tratamiento. Esta parte debe ser considerada en el instante que el paciente esté en condiciones de exteriorizar y no basándose en la rapidez para la solución de sus problemas.

- **Opción:** Es el momento donde el paciente tiene la autoridad de decidir qué camino tomar para avanzar en su tratamiento, donde pueda sentir confianza y seguridad. Por su parte, el terapeuta tiene que mostrar profesionalismo y dominio para que deje que su paciente logre la identificación adecuada de soluciones por sí mismo, no tiene que intervenir en los decretos de su paciente, sino solo ser acompañante hacia el objetivo establecido.
- **Asociación:** es donde el paciente tiene que empezar a mostrar congruencia en lo que dice con su actitud. Es la parte donde el musicoterapeuta tiene que dar más prioridad a lo que se vive en la sesión, cada vez que se quiera identificar los cambios y avances que se ha tenido en el proceso de tratamiento. El profesional tiene que confiar en su paciente para los cambios a conseguir, así mismo el paciente, debe mostrar compromiso de luchar y dar lo mejor para alcanzar los objetivos comunes.

1.1.7 Técnicas de intervención

Gento y Lago (2012) comentan que existen varias técnicas para la intervención en musicoterapia, con las cuales el especialista debe estar relacionado, no necesariamente tiene que ser un experto en cada una de ellas para su ejecución, prácticamente cada una se vuelve la vía de trabajo en las sesiones, sin embargo, no cualquier acción musical es musicoterapia, sino que solo es una actividad musical. Para ser considerada musicoterapia, tiene que ser pieza de un proceso terapéutico sistemático y objetivo con fundamentación teórica, ejecutado y guiado por profesionales en dicho campo.

La sistemática a utilizar tiene que tener los elementos siguientes: conducción, inducción, promoción, opción y asociación. Para la ejecución precisa de las actividades que cada uno conlleva, que los hacen únicos, sistemáticos y precisos. Asimismo, para la viabilidad de cada elemento se considera la importancia de técnicas de intervención. Durante la historia de la musicoterapia se han definido dos técnicas primarias y una subjetiva, por autores que se han desarrollado durante años en el área de la musicoterapia, como: Alvin, Benenzon, Wigram. Las primarias se conocen como técnicas activas y pasivas, y la subjetiva como; técnica mixta, es la consecuencia deducida por Gento y Lago de la unificación de las dos primeras, a continuación se define cada una.

Cuadro Núm. 1

Técnicas de intervención.

Técnicas	Funciones
Pasivas	Tipo de técnica donde el principal ejecutor de los elementos musicales es el musicoterapeuta, el que modifica, establece, indica lo que se hace y lo que no se hace, también la música misma puede tomar el papel estelar en la sesión. El paciente pasa a ser participante subjetivo, es decir, solo observa lo que hacen y lo que se le indica durante el desarrollo del tratamiento de musicoterapia. Es conocido también como técnicas receptoras y entre ellas se encuentran: las audiciones musicales como medio de diagnóstico y estimulación de creatividad por medio de la expresión verbal, escrita, plástica, corporal, entre otros. Entre ellas también está el método de imágenes guiadas y música. Los viajes musicales.
Activas	Es todo lo contrario a las técnicas pasivas, el paciente es el ejecutor de los elementos musicales y protagonista de la sesión de musicoterapia, con su espontaneidad, con la ejecución de un instrumento, bailar, cantar, improvisar. Interviene directamente, es el que crea el ambiente en el proceso de tratamiento. Estas técnicas también son conocidas como métodos creativos, entre los métodos se encuentra: improvisación musical. Rítmica Dalcroze; donde el paciente muestre iniciativa de ser expresivo, creativo y en movimiento.

Mixtas	Es la unificación controlada de las dos primeras técnicas: pasivas y activas, donde el musicoterapeuta y el paciente estén en constante interacción espontánea o sistematizada durante el desarrollo del tratamiento, y en la ejecución de los elementos musicales con que se trabaje. Es demasiado significativo para los profesionales de dicho campo que no acostumbra a trabajar con una sola metodología, con ello se logra un campo de trabajo más amplio.
--------	--

Fuente: elaboración propia.

1.1.8 Aplicación de la musicoterapia

Jordi (2011) afirma que la aplicación de la musicoterapia hoy en día, abarca una amplia gama de padecimientos físicos y psicológicos en las personas de todas las edades, es una terapia natural que no presenta efectos secundarios, que sin tocar al paciente causa efectos notorios e inminentes. Anteriormente su aplicación se reducía a los problemas psiquiátricos y de aprendizaje, hoy en día su aplicación en España se ha generalizado; “Según el Centre Clínic de Musicoterapia, hoy son frecuentes su aplicación en los campos de la educación; autismo, hiperactividad, síndrome de down, parálisis cerebral. Salud mental; depresión, estrés, ansiedad. Geriátrica; demencia senil, Parkinson, Alzheimer, enfermos terminales. Medicina; dolor y oncología” (Jordi, 2011, p.117).

Su aplicación no se reduce solo a eso, en otros problemas es funcional, como en abuso sexual y emocional, e incluso en problemas alimenticios como la anorexia, aunque los estudios en esta área son muy escasos. En el campo de salud mental, su aplicación en todas las personas de todas las edades, es altamente funcional en problemas de autoestima y para relaciones interpersonales.

¿Cómo se desarrolla una sesión de musicoterapia? No existe ninguna estructura bien definida, toda sesión se tiene en base a las exigencias y necesidades del grupo o del individuo, sin embargo, se hace favorable que para la apertura se empiece con música sencilla, suave,

placentera, para establecer confianza, así lograr la liberación del paciente, que es fundamental para el progreso de la sesión. En grupos de personas con diferentes perspectivas, donde se requiere trabajar la memoria y la atención, es necesario aplicar las técnicas receptivas y activas; canciones y juegos, para que exista socialización, unidad, y participación para el alcance en los objetivos.

Programación de las sesiones: Gento y Lago (2012) establecen que es básica la ejecución sistemática y no improvisada de la sesión, es fundamental la atención para su planificación, donde se plasman los espacios, tiempos y las herramientas necesarias como sonido e instrumentos para el progreso de la sesión, es importante el aporte de un equipo para su programación, sin embargo, es el musicoterapeuta el que se convierte en el mayor responsable de la ejecución de la misma. El profesional no puede llevar a cabo una sesión de musicoterapia sin estar preparado, sin tener un plan, sin saber qué hacer, cómo y en qué momento hacer las cosas, el progreso del paciente es constante, por lo tanto es imprescindible tener control y saber que aplicar en las sesiones de constante cambio. Para las técnicas de intervención, se tiene que considerar los siguientes estándares: “Para quién se diseña la programación; y dependerá de la patología o disfunción. Con qué propósito u objetivo. Cómo se pretenden llevar a cabo las sesiones; métodos y técnicas” (Gento y Lago, 2012, p. 105).

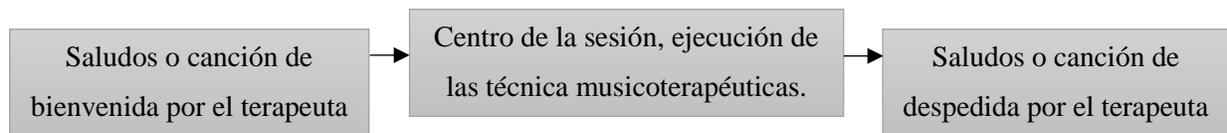
Independientemente con quién se pretende trabajar, la sesión de musicoterapia tiene que ser individual y grupal. Se empieza a trabajar con el paciente a solas, para poder conocer sus habilidades, virtudes, fortalezas, defectos, conocimientos sobre la música o la ejecución de algún instrumento musical y establecer comunicación, seguidamente, el equipo de trabajo tiene que intervenir en momentos, para la evaluación y fortalecimiento del proceso de musicoterapia, ya con el proceso avanzado, se programan sesiones familiares, una vez por mes. Es importante

llevar control, ya que el tiempo de sesión es aproximadamente de cuarenta y cinco a cincuenta minutos, basándose en el progreso del individuo o grupo, en ocasiones puede aplazarse por unos cuantos minutos más, para no dejar a medias sesiones que presenten dificultad o fluidez.

Los protocolos para seguir en una sesión de musicoterapia son muy discutidos y diversos, por lo que no se tiene uno específico, pero si un ejemplar casi similar a todas las estructuras actualmente utilizadas, por parte de la mayoría de los musicoterapeutas especialistas que han considerado el desarrollo de una sesión, para su progreso completo y conveniente para los objetivos terapéuticos, que sería así:

Esquema Núm.1

Estructura de una sesión de musicoterapia por Gento y Lago.



Fuente: elaboración propia.

Sesión de grupo en musicoterapia: Benenzon (2011) establece que en las sesiones de musicoterapia en grupo, es primordial establecer orden y equilibrio en el manejo, esto se logra con la indicación que una sesión debe estar integrada por un máximo de seis pacientes, con los que se asegura un trabajo más ágil y evidente. Con un número mayor a esto, el trabajo se puede volver tedioso y no conseguir congruencias en el grupo, dificultará el progreso hacia los objetivos. Basándose en el trabajo que se requiere en el grupo, es importante contar con un compañero musicoterapeuta, un psicólogo u otro profesional en el campo, para ser un medio de apoyo, que pueda intervenir en los procesos; para aportar y ayudar en situaciones en que, el encargado no le de importancia pero que si es relevante en el desarrollo del grupo.

Asimismo, para un desarrollo eficaz en la sesión de grupo, es importante trabajar con un grupo integrado por pacientes que no cuentan con idea en la ejecución de un instrumento o dominio sobre lo que es la música y sus efectos, también no es coherente trabajar con un paciente del grupo que recibe musicoterapia particular con el mismo profesional, es más efectivo el proceso con un grupo desconocido. El liderazgo debe ser del terapeuta, no otorgar ningún privilegio a un miembro del grupo, para que pueda tener dominio, sin causar división y no condicionarlos en hacer las actividades para un lugar de honor.

1.2 Trastorno por Hiperactividad

1.2.1 Definición

Castroviejo (2008) establece que el Trastorno por Hiperactividad se hace visible por la manifestación de tres signos básicos en el desarrollo del niño, de maneras congruentes o alteradas, el primero es; déficit de atención, síntoma que muchas veces pasa desapercibido, debido a que no se hace notorio inminentemente. Segundo; la impulsividad incontrolable que se presenta en cualquiera de los síntomas mencionados, y el tercero; hiperactividad, se identifica prematuramente y sin señales de esparcimiento.

Muriel, Aguirre, Varela y Cruz (2013) definen el Trastorno por Hiperactividad como un síndrome conductual de origen neurobiológico y un alto aporte genético. Es caracterizado por déficit de atención, baja autoestima e impulsividad, donde los problemas neurobiológicos no son propiamente de la niñez y son altamente crónicas en el desarrollo del niño que lo padece, los síntomas toman fuerza en el momento en que los impulsos intrínsecos no son estimulados de manera agradable y sistemática para el individuo. De no ser diagnosticado temprano y tratado de manera adecuada, se asegura su continuidad en la adolescencia y adultez.

1.2.2 Causas

Muriel *et al.* (2013) Mencionan que el TDAH es muy complejo y por ser una trastorno neuroconductual de origen básicamente genético, como se ha demostrado con múltiples estudios, queda claro que un 80%, aproximadamente de los casos son heredados; el 20% restante, se debe a elementos multifactoriales que tienen también factores genéticos asociados con otros factores ambientales, como la falta de cuidado de los padres durante el embarazo; maltratos o por ingerir drogas. Profesionales en el campo mencionan que los individuos que presentan este trastorno, tienen problemas internos como la transmisión sináptica en una parte del cerebro llamado: corteza prefrontal, encargada de las áreas motoras y premotoras que regulan, guían y desarrollan las actitudes de la persona ante los eventos donde se presentan. Es trascendental tomar en cuenta el contexto familiar de cada individuo que tiene TDHA, esto puede ayudar a estimular de manera positiva o negativa los síntomas para su desarrollo personal y social, para lograr su integración e interacción con su ambiente.

1.2.3 Diagnóstico

Biederman y Faraone (como se citó en Isorna, 2013) comentan que para la calificación del TDAH es fundamental establecer los síntomas innatos del trastorno en sí y cuales son atribuidos a otros problemas de conducta que se puedan presentar subjetivamente con el TDAH. Aclarar las diferencias para dar un diagnóstico completo, con una alta sensibilidad y especificidad, de la misma manera, considerar todos los datos clínicos que pueden aportar información para la realización del diagnóstico que conlleva una estructura neta y específica, esto incluye la historia clínica completa de los pacientes, cuestionarios autoadministrados de síntomas, rendimiento neuropsicológico y evaluación de comorbilidad psicopatológica.

Muriel *et al.* (2013) establecen que el diagnóstico no se limita a los criterios establecidos en DSM-V o de la CIE-10. También se deben considerar las perturbaciones en los ámbitos donde los niños se desarrollen, como; familiares, centro de estudios, recreativos y sociales. Comúnmente en los niños que presentan dicho trastorno, sus relaciones en estos ámbitos son inapropiadas para sus edades, por lo que evidencian claramente su desarrollo no común, que pueden afectar su integridad física y su ambiente.

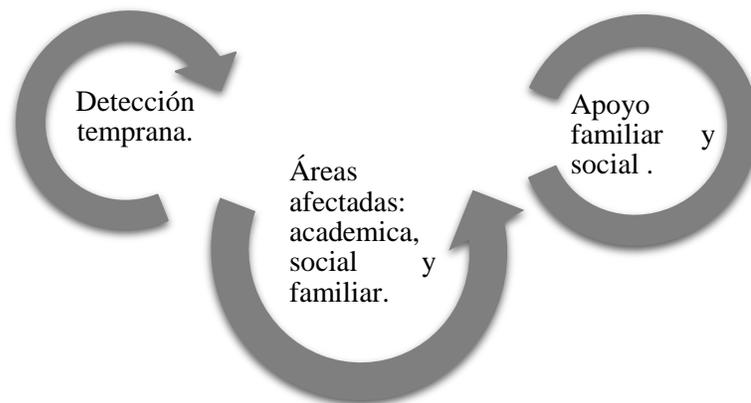
Prevalencia: Maciá (2012) comenta que el TDAH es un trastorno de comportamiento muy frecuente en la infancia, en todas las investigaciones, el nivel de prevalencia es muy variado, debido a los distintos instrumentos y métodos utilizados para su verificación, y las fuentes de información; padres, familiares, escuela, muestras clínicas o poblacionales, así como también la utilización de criterios establecidos, como los que aparece en el DSM -V o la CIE-10, que denominan la prevalencia en base al subtipo de trastorno, nivel socioeconómico, sexo, edad, entorno. Varias investigaciones reflejan un nivel de prevalencia en niños, que va desde la edad de 6 años a 12 años. Comúnmente los signos principales presentan prevalencia en niños, asimismo, en las poblaciones clínicas estudiadas. El trastorno se muestra relevantemente en varones que en mujeres, los niños presentan principalmente hiperactividad y las niñas déficit de atención. Muchos son los criterios en la prevalencias del TDAH, con esto se prolonga su desarrollo en la adolescencia y en la edad adulta.

Los niños con Trastorno por Hiperactividad muestran problemas de temperamento desde el nacimiento, entre los 3 o 4 años de edad, es donde los padres le deben dar importancia para su identificación precoz y establecen si es o no hiperactividad, para poder ayudarlos de la mejor manera posible. El progreso del trastorno toma fuerza en la edad escolar; la hiperactividad y el déficit de atención, al principio no representan nada concreto, porque en muchas ocasiones, estos

problemas solo son pasajeros en quienes los presentan. En el ambiente escolar se hace evidente el TDAH, donde se desarrolla inminentemente, debido a que el comportamiento es sometido a ciertas instrucciones que hace que los niños con dicho trastorno se sientan incómodos y dejen ver sus actitudes tal y como son, no pueden reprimir algo innato que requiere de expresión para su manifestación, por consiguiente, a los 10 años se empieza a tener fracaso escolar por dicho problema.

Esquema Núm. 1

Otros factores a considerar en la prevalencia del TDAH



Fuente: elaboración propia.

Generalidades: Castroviejo (2008) menciona que una de las generalidades más comunes sobre la hiperactividad, es que los padres al escuchar que sus hijos tienen problemas de conducta en la escuela, tales como; no prestar la atención necesaria a lo que se dice, excesiva inquietud motora e impulsividad, y que afectan a sus compañeros de salón. Siempre piensan que sus niños son hiperactivos. Se ha hecho especulaciones exageradas sobre la hiperactividad, porque muchos no tienen el conocimiento necesario de los elementos a considerar para hacer mención que el niño tiene dicho problema, los padres tienden a tener reacciones inadecuadas y etiquetan rápidamente.

Hay diferencias controversiales en el origen y prevalencias del TDAH, son confusas a nivel general y no se tiene una base sólida, Esto es visible en los criterios diagnósticos establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-V, y los criterios diagnósticos europeos establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, los dos se basan en los mismos criterios clínicos, pero la inclusión del TDAH, es más represivo en el CIE.10 que en el DSM-V, debido a que no muestra una mayor clarificación sintomática, esto hace que la prevalencia tenga variedad, por lo que las generalidades actuales son amplias.

Una parte de la medicina muestra que las generalidades del TDAH se sobredimensionan si no se involucran correctamente los criterios del trastorno funcional, existen criterios necesarios para la etiqueta del TDAH en el individuo, pero las vivencias y la ejecución constante del manejo de dicho problema genera amplio conocimiento y con ello asegura su establecimiento y existencia en las personas que cumplen con sus criterios, los síntomas pueden coincidir en un alto porcentaje con otros problemas de conducta, lo que hace la diferencia es el cumplimiento de todas los criterios diagnósticos. En el DSM-V predominan 3 criterios: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. Los estudiosos mencionan que los individuos con estas características, suelen tener una personalidad fuerte, tienden a tomar las cosas exageradamente.

En la parte clínica su escala valorativa es muy amplia, se considera necesario el tratamiento con fármacos, combinado con el tratamiento psicológico, con su unificación se obtiene una mejor respuesta, que únicamente con uno de los tratamientos, de la misma manera el apoyo de los padres y familiares es importante. Las generalidades del TDAH conllevan ciertos síntomas negativos en la personalidad del individuo que lo padece, como es la comorbilidad, que comúnmente aparece en diferentes etapas de la evolución del trastorno. Es por esto que se debe tomar todas las pruebas y exámenes médicos, ya que su diagnóstico debe de ser eminentemente

clínico por ser un problema neurológico, donde se tiene que presentar los siguientes elementos: Historia, el proceso de embarazo y parto, perfil de neurocomportamiento en la niñez, hitos del desarrollo, perfil de neurocomportamiento y examen físico.

Diagnóstico entre los seis-siete años: el diagnóstico de TDAH en esta edad, y su identificación inmediata se hace en el momento en que el profesional elabora el historial clínico, en ese momento los niños adoptan una actitud no colaborativa y de timidez, aunque al tomar confianza con la persona que los evalúa actúan de manera normal. Se logra identificar en los niños que no presentan control sobre su comportamiento en el espacio físico de la clase, sin que tengan conciencia de sus actitudes inapropiadas, para que después llamen la atención de manera provocativa en su entorno. Con la ausencia de su aparente falta de educación y respeto, logran alcanzar a todos para dificultarles la convivencia; a compañeros, padres y maestros, cabe mencionar, que si el trastorno se presenta en un niño, estas actuaciones toman fuerza hacia las niñas, es decir, desplazan las actitudes no ejecutadas en mayores que presentan dominio sobre ellos hacia el sexo supuestamente débil.

Tienden a ser rebeldes para no sentirse incapaces, son guiados con actos impulsivos, desarrollan una manera peculiar para molestar, muchos lo hacen con el fin de hacerse el gracioso o el rebelde, de la misma manera crear una manifestación de defensa para no ser lastimados por su baja autoestima, que es comúnmente inconsciente. Por lo general, los gritones, protestones e inconformes, siempre buscarán la manera de hacer sentir culpables de sus actos a los demás, no muestran debilidad alguna, pueden gritar, gemir, pero rara vez llorar, siempre mienten, pero se les nota fácilmente, al momento de ser evidenciados tratan de inventar otros sucesos para la justificación de sus hechos.

En ocasiones para compensar su baja autoestima y su sentimiento de inferioridad, buscan integrarse con individuos líderes. En esta etapa de sus vidas, presentan mucha frustración por infinidad de dificultades interpersonales, tales como, la dificultad o fracaso escolar, la incapacidad de integrarse en grupos, la falta de consideración de otros niños y su no inclusión en las actividades cotidianas y grupales de sus compañeros. Los problemas motrices se hacen evidentes en la etapa de la infancia, en la caligrafía, no presenta coordinación y congruencia sobre lo que hacen, no obstante, pueden tener un máximo desarrollo en arte por su alta creatividad. Asimismo, con este trastorno, al principio presentan más apego hacia la mamá, con el pasar del tiempo hacen un cambio hacia el papá.

En la adolescencia: comúnmente se ve la disminución evidente de algunos síntomas como la hiperactividad, y también la aparición de otros síntomas como la falta de respuesta al demandarle algo, por lo que los progenitores suelen tomar actitudes de molestia, por consiguiente, al manifestar molestia, tienden a tomar una actitud desafiante, suelen adquirir una personalidad de superioridad, empiezan a adquirir y a manifestar signos externos, como; cortes de cabellos exóticos, tatuajes, piercing, vestuario no adecuados. De la misma manera empiezan los problemas escolares y muestra de agresividad, todos los problemas van en aumento si no se les da tratamiento.

1.2.4 Criterios diagnósticos

Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) establece que el TDAH está estructurado por tres síntomas esenciales; inatención, hiperactividad e impulsividad, juntamente conlleva hacia los siguientes criterios para su diagnóstico:

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por 1 y/o 2. Inatención: Seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales. Nota: los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas: Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas. También parece no escuchar cuando se le habla directamente, no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades. Evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido. Pierde cosas necesarias para tareas o actividades. Se distrae con facilidad por estímulos externos. Olvida las actividades cotidianas.

Hiperactividad e impulsividad: Seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales. Nota: los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas: Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento. Con

frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado. Con frecuencia corretea a trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas. Con frecuencia está ocupado, actuando como si lo pulsara un motor. Con frecuencia habla excesivamente. Con frecuencia responde inesperadamente antes de que se haya concluido una pregunta. Con frecuencia le es difícil esperar su turno. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los doce años. Varios síntomas de inatención o hiperactivo – impulsivos están presentes en dos o más contextos. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reduce la calidad de los mismos. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental. (p. 59-60).

1.2.5 La química cerebral en el TDAH

Galicia (2015) menciona la peculiaridad que tienen las neuronas para conectarse con otras neuronas, que las hace diferentes y con la cual se pueden distinguir de otras células del sistema nervioso encargadas de señales humorales. La comunicación neuronal se basa en dos aspectos: primero: las propiedades eléctricas de las células nerviosas y segunda, las fuerzas eléctricas que liberan, encargadas de la continuidad de la comunicación en curso en el cerebro, que hace posible la disminución, regulación y expansión del comportamiento humano. Al conocer la función de los neurotransmisores encargados de la conducta, se puede lograr entender adecuadamente las relacionadas con el TDAH. Entre los principales neurotransmisores se encuentra las siguientes:

- Acetilcolina: primera sustancia química del cerebro encargada de los impulsos nerviosos, se encuentra vinculada con el proceso de atención, encargada del estado de alerta y focalización, del proceso de dicho sistema de neurotransmisión depende la funcionalidad de la atención humana. La acetilcolina se encuentra en el sistema nervioso central y periférico, y en las terminaciones neuromusculares. Hoy en día existen evidencias que lo asocian con el trastorno TDAH. Es la génesis de cualquier conducta humana en el asunto de atención y estado de alerta. “Es requisito indispensable para que ocurra un estado de atención; asimismo, las modificaciones sobre el estado de alerta provocan un efecto directo sobre la capacidad de atención del sujeto” (Galicia, 2015, p. 60).
- Serotonina: sustancia encargada de ciertas funciones en los neurotransmisores que intervienen directamente con el nivel de estado ánimo de las personas, abundan en la corteza cerebral, por lo que son objeto de algunos fármacos en el momento que las personas presentan ansiedad o depresión. Su influencia en el TDAH ha disminuido por la consideración alta que se le ha dado en los últimos años. La serotonina siempre se ha relacionado con la falta de asociación, atención y actividad de las personas, influye en la creación de conductas agresivas y delictivas.
- Sistema adrenérgico: conjunto de filtros nerviosos sinápticos, pertenecientes al sistema nervioso autónomo, cuyo principal neurotransmisor es la adrenalina, encargada de transmitir los impulsos nerviosos, ubicada en la medula espinal, tallo cerebral, cerebelo, hipotálamo, tálamo, amígdala, ganglios basales y corteza cerebral. Sus efectos son básicamente relacionados con la liberación de energía en cada área del cerebro, que pueden ser vistos en la impulsividad, falta de control, exaltación de los niños, de la misma manera darle fuerza a

otros factores relacionados como la ansiedad y estrés, que es un posible factor a considerar en el origen del TDAH.

- Dopamina: es el neurotransmisor encargado en gran manera del área motora de las personas y de la expresión de las emociones, una vez hecho su trabajo, es eliminado por varios mecanismos para no prolongar sus efectos. Hoy en día existen inhibidores para sus efectos, ya que muchas personas muestran un alto contenido de dopamina en su organismo cerebral, lo que hace que exageren sus conductas, se considera su influencia en la creación del trastorno TDAH en la infancia. Un control adecuado de dopamina, puede modelar las conductas no deseadas. El sistema dopaminérgico tiene varios sistemas, pero las relacionadas con el TDAH, por tener un alto control en sus funciones, son las siguientes: nigroestriatal, mesolímbico y mesocortical.

La primera nigroestriatal tiene funciones específicamente motoras, automatización de los movimientos, creación de nuevas formas motoras y anticipación de los actos motores. El sistema mesolímbico, ayuda a fortalecer los circuitos cerebrales que son las conexiones constantes del cerebro, y por último el mesocortical que influye en el área de la amígdala, hipocampo, núcleo septal. Es el responsable de controlar los impulsos, memoria, planeación, toma de decisión y atención en el ser humano. Una disminución o elevación de cada una de ellas, puede influir en la aparición de varios trastornos, como el TDAH.

Las cuales se resumen en la siguiente tabla:

Cuadro Núm. 1

Química cerebral del TDAH

Núm	Neurotransmisor	Función
1	Acetilcolina	Atención y estado de alerta.
2	Serotonina	Estado de ánimo de la persona.
3	Sistema adrenérgico	Impulsos nerviosos
4	Dopamina	Área motora y expresión de emociones

Fuente: Elaboración propia.

1.2.6 ¿Qué es la hiperactividad infantil?

Polaino (2010) define la hiperactividad infantil como trastorno de conducta, su esencia es neurológica, no siempre tiene buenos aportes en la vida futura de los niños quienes padecen dicho trastorno, su expresión máxima es en la niñez; en la edad escolar. Además, varios estudios establecen que por lo general, los niños menores de 10 años presentan problemas de hiperactividad, y es más evidente en el sexo masculino. Con el paso del tiempo, la hiperactividad infantil ha recibido varios nombres, como; disfunción cerebral menor, lesión cerebral mínima, síndrome del niño hiperactivo, reacción hipercinética de la infancia y síndrome hipercinético. Asimismo se establece que el principal problema en los niños hiperactivos es el trastorno por déficit de atención y no la abundancia de acciones motoras, ya que comúnmente el déficit de atención se mantiene durante la vida, la actividad motora con el tiempo va a disminuir. A continuación se hace énfasis de ciertas características imprescindibles de la hiperactividad infantil:

Los primeros signos dependerán de la edad de los niños, no obstante, se asegura que en la edad de 7 a los 12 años se desarrolla en casa y en la escuela, a esta edad los hiperactivos

presentan ciertos signos diferentes a los años anteriores, o pueden ser los mismos signos, pero en un nivel más agudo, comúnmente son impulsividad e inatención. Esto genera conceptos irreales acerca de su personalidad de parte de sus profesores y sus compañeros, ya que en ocasiones hacen su mayor esfuerzo para conseguir las calificaciones aceptadas, pero no lo logran. Siempre intervienen de manera inadecuada e inoportuna en las actividades escolares, fuera y dentro del aula, sus educadores siempre trataran de culpar a los padres por no saber educarlos adecuadamente.

En la casa puede presentar celos, berrinches e incomprensión hacia sus hermanos, al ver ciertas actitudes selectivas de sus padres con ellos, al lograr ver sus fracasos pueden presentar actitudes de depresión, aislamiento, agresividad y ser desafiantes. Los padres que pasan más tiempo con sus hijos hiperactivos, pueden ayudar a disminuir el nivel de impulsividad y reforzar los aprendizajes, porque de una u otra manera canalizan su energía en otras actividades cotidianas, que son favorables y agradables para su desarrollo.

Características de la hiperactividad infantil: Tom Sawyer (como se citó en Polaino, 2010) asegura que las características en la edad infantil son relativamente ambiguas, ya que en ocasiones los niños que presentan hiperactividad tienen las mismas capacidades que los demás niños y presentan las mismas actitudes, pero por la falta de control de sus conductas, atención y reflexión, tienden a maximizar o declinar los signos, para que después sean catalogados como trastornos, esto se puede ver reflejado en las siguientes características: atención, impulsividad, hiperactividad, comportamiento, aprendizaje, desobediencia, labilidad emocional y llamar la atención.

1.2.7 TDAH y comorbilidad

Castroviejo (2008) indica que la comorbilidad en el TDAH, son trastornos subjetivos que se hacen visibles en el progreso y que pueden alterar considerablemente las conductas futuras de los niños, son ajenos a los tres síntomas primarios del TDAH, no obstante pueden influir en su expansión. Son complicaciones que se empiezan a manifestar desde el nacimiento y otros que se empiezan a adoptar conforme el ambiente en el que se desenvuelven los niños, con el tiempo toman relevancia y fuerza. A continuación se presenta algunos muy comunes y predominantes, tales como:

- Comportamiento impulsivo y agresivo: estos comportamientos, son impulsados por las fuerzas innatas y casi inconscientes de los niños, con predominio de agresividad, reforzados en sus ambientes, no presentan dominio sobre sus actos, mucho menos pensar en sus consecuencias. Comúnmente no son buenos estudiantes, buscan su satisfacción en iniciar peleas, son de baja cultura, no les gusta andar en grupo, suelen ser solitarios mental y físicamente, reaccionan de manera violenta e incomprensible.
- Actitud oposicional desafiante: en el hogar suelen manifestarlo especialmente con la madre, que con el papá, ya que con ella tienen más convivencia y contacto, así mismo en las escuelas, con sus compañeros más íntimos y profesores. Las actitudes suelen ser dar la cara, desafiar a los superiores, no aceptar reglas, hacer lo que les da la gana, adopción de un sentimiento de superioridad hacia sus cuidadores, falta de respeto hacia los demás, en estas actitudes predomina la desobediencia, hostilidad, indiferencia y desafío ante todos. Algunos comportamientos son hereditarios y otros son adquiridos en el ambiente, que con el tiempo toma fuerza.

1.2.8 Tratamiento

Isorna (2013) indica que el tratamiento para el TDAH siempre va a ser en beneficio de los niños, con el fin de mejorar su desarrollo cognitivo, motor, social, con tal de disminuir o eliminar los síntomas predominantes de dicho trastorno que impide su formación y socialización. Actualmente se ha establecido múltiples maneras de tratamiento del TDAH, no se resume a los fármacos, ni en los abordajes psicológicos. Hoy en día los estudios acerca del trastorno ofrecen resultados favorables, que “lo adecuado es una intervención de tipo triangular consistente en medicamento, que deben de conseguir tiempos de atención sostenidas, programas de atención a la familia e intervenciones de tipo psicopedagógicos” (Isorna, 2013, p. 81).

- El tratamiento farmacológico: Galicia (2015) menciona la aplicación favorable de los fármacos para el tratamiento del TDAH, administrar estimulantes y antidepresivos, ayudará al niño a tener un equilibrio en su comportamiento y desenvolvimiento, pero es fundamental que sea prescrito y aplicado por un médico experto en el área, de la misma manera es importante que su administración sea ascendente hasta lograr el equilibrio adecuado en las sintomatologías en las conductas de los niños. Pese a sus efectos positivos, su aplicación siempre ha sido la fuente de mucha discusión, se comenta disponer también de efectos subjetivos, que a la larga pueden causar adicciones futuras en los niños, según estudios actuales, aseguran que el uso de fármacos pueden ser asociados a otros trastornos debido a afecciones médicas.
- Tratamiento no farmacológico: Castroviejo (2008) indica claramente la aceptación, comprensión, motivación, estimulación, respeto y amor de los padres como una fuente de apoyo impactante y favorable para los niños con TDAH. Puede ser un tratamiento para su formación casi adecuada, ya que se tiene que entender que las actitudes manifiestas de los

niños con TDAH, no son algo que hacen por fastidiar, sino que es algo neurológico y que ni ellos mismo puede tener control. El TDAH, no es solamente problema de los niños, es un problema común de los padres, por lo que es necesario que busquen ayuda psicológica para asimilar la situación. Las terapias psicológicas, convivencias sociales, actividades físicas en familia ayudarán a los niños a tener una vida cercanamente normal. Asimismo hacerlo saber en sus escuelas para evitar prejuicios de parte de los docentes y que puedan disponer de un trato especial hacia ellos.

- Tratamiento durante la edad infantil: los fármacos a esta edad son los que comúnmente se utilizan, sin embargo, es inadecuada su aplicación en niños de tres años para abajo, por lo que se afirma que su aplicación exacta debe de ser antes de los 6 años de edad en casos incontrolables. A esta edad, es funcional canalizar su energía en actividades físicas, enseñarle que no todo en la vida suele salir como uno quiere, ya que en ocasiones tienden a tomar actitudes impulsivas y agresivas, para que pueda tener control sobre su temperamento. De la misma manera hacerle saber sus limitaciones. Los padres deben de tenerle paciencia, comprensión y sobre todo mostrarle aceptación y afecto continuo.
- Ayuda escolar o familiar: el apoyo en estos dos ambientes, ayudará a mejorar el desarrollo de los niños, estimular sus habilidades y a la vez fortalecerlas para que sientan satisfacción por lo que pueden hacer, ya que comúnmente suelen tener baja autoestima, aunque simulan no tenerla. Al sentir seguridad, los niños adoptarán actitudes positivas y adaptativas, por consiguiente disminuirá o eliminará actitudes negativas, al hacerles saber sus fortalezas y debilidades, en el ámbito escolar, se sentirán identificados con los demás, para que tengan en cuenta que no son ajenos al grupo.

En conclusión, la ejecución sistemática de la musicoterapia puede ser una herramienta efectiva en los tratamientos de enfermedades neurológicas y psicológicas, sus efectos son altamente positivos en la vida del ser humano, ayuda a disminuir el dolor, relaja el cuerpo, la mente y regula las emociones de las personas. Por lo que se podría asegurar su efectividad en el tratamiento del Trastorno por Hiperactividad en niños, que es de origen genético, donde la música puede acceder sin ninguna dificultad, ya que estudios avalan sus efectos ilimitados, con la cual se pueden canalizar las energías de los niños de manera dinámica y creativa, para una mejora en su atención, y lograr un declive en la impulsividad e hiperactividad que son los síntomas nucleares de dicho trastorno, con el fin de que los niños se expresen de manera libre y sana, para que desarrollen sus habilidades personales y sociales, que pueda ser la génesis de su integración social faltante en la evolución del Trastorno por Hiperactividad. La música no podrá eliminar el trastorno, pero con ello se puede asegurar un control sobre las conductas predominantes en determinados momentos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Históricamente las personas han utilizado música para la expresión de las emociones y el control de los pensamientos visibles en las conductas, no existe ninguna parte del cuerpo que no pueda ser afectada por la música, de esta manera se libera energía positiva y negativa. La música siempre tiene consecuencias en el progreso de las personas y con ello se logra regularlas en su totalidad, por tal razón, se podría utilizar para la modificación de conductas no deseadas, generadoras de desorden en la personalidad.

Sociológicamente prevalecen actitudes que generan malestar entre las personas por su complejidad, por consiguiente los niños no son ajenos a ellas en el Trastorno por Hiperactividad, sus síntomas predominantes se hacen visibles y se forjan en los niños de edad escolar que no evocan respuestas positivas de los padres y maestros. Esto impide el desenvolvimiento personal, familiar, académico y social, de no ser atendidos correctamente puede provocar un deterioro considerable en la personalidad y en el ambiente de los niños. Las consecuencias de la música son altamente favorable en las personas, una buena ejecución de ella puede ser un recurso terapéutico eficaz, en el control del Trastorno por Hiperactividad, para lograr un estado psicológico más sano en la vida de los niños.

Guatemala es un país multicultural, lleno de música, cada cultura cuenta con música propia y en cualquier parte se realizan actividades con música, de ser consideradas y aprovechadas correctamente, puede ser una herramienta psicológica completa y relevante para el manejo del Trastorno por Hiperactividad, ya que la música puede alterar el cuerpo, la mente y las emociones. Sin embargo, Guatemala es un país donde la violencia siempre ha sido el medio más practicado para la corrección de los niños, que no presentan control sobre sus impulsos y actitudes, por tal razón, se podría desperdiciar una herramienta natural y alcanzable para todos: la

música. La Escuela Oficial Rural Mixta Caserío Patzité Tierra Fría, Nahualá Sololá, no es indiferente a la problemática antes mencionada.

De esta manera se ve la importancia de investigar y proponer una posible solución, para poder exponer ante las autoridades educativas y familiares, que la música puede ser un método con el cual los niños puedan expresarse creativamente, y por ende, regular el Trastorno por Hiperactividad, para una mejora en su desarrollo, fortalecer aspectos positivos, recrear las conductas hiperactivas de manera peculiar, dinámica y agradable para ellos. Esto genera la oportunidad para que los educadores y padres puedan adoptar el desarrollo de una nueva perspectiva en el control del Trastorno por Hiperactividad en las aulas y así lograr armonía en las familias. De esta manera se evidencia la importancia de la psicología en el desarrollo del ser humano, ya que trata las conductas, pensamientos y emociones, y destacar la música como el eje principal de esta nueva herramienta de abordaje para dicho trastorno.

De acuerdo con lo escrito anteriormente se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo incide la musicoterapia en el manejo del Trastorno por Hiperactividad en los estudiantes de tercero a sexto primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta Caserío Patzité Tierra Fría, Nahualá Sololá?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

Determinar la incidencia de la musicoterapia en el manejo del Trastorno por Hiperactividad con estudiantes de tercero a sexto primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta Caserío Patzité Tierra Fría, Nahualá Sololá.

2.1.2 Objetivos específicos

- Establecer por medio del Pre test el grado de Trastorno por Hiperactividad en los estudiantes.
- Desarrollar la intervención de musicoterapia en los estudiantes con Trastorno por Hiperactividad.
- Identificar la incidencia de la musicoterapia por medio del Post test en el manejo del Trastorno por Hiperactividad.

2.2 Hipótesis

H1. La musicoterapia incide en el manejo del Trastorno por Hiperactividad.

Ho. La musicoterapia no incide en el manejo del Trastorno por Hiperactividad.

2.3 Variables o elementos de estudio

- Musicoterapia
- Trastorno por Hiperactividad

2.4 Definición de variables

2.4.1 Definición conceptual de las variables o elementos de estudio

Musicoterapia

American Music Therapy Association (Asociación Americana de Terapia Musical) (como se citó en Jordi, 2011) define que la musicoterapia es un medio en el campo de la salud, que tiene como eje principal la música en sus diferentes géneros, para las necesidades globales de los seres humanos en las áreas en que se desenvuelven. En todas las edades, la musicoterapia genera un acierto en la calidad de vida, y es un medio de apoyo para los niños y adultos con discapacidades o enfermedades. Puede diseñarse para mejorar el bienestar, para disminuir

síntomas que generan malestar y fortalecer actividades dinámicas que generan satisfacción, y rehabilitación física en las personas.

Trastorno por Hiperactividad

Castroviejo (2008) establece que el Trastorno por Hiperactividad se hace visible por la manifestación de tres signos básicos en el desarrollo del niño, de maneras congruentes o alteradas, el primero es; déficit de atención, síntoma que muchas veces pasa desapercibido, debido a que no se hace notorio inminentemente. Segundo; la impulsividad incontrolable que se presenta en cualquiera de los síntomas mencionados, y el tercero; hiperactividad, se identifica prematuramente y sin señales de esparcimiento.

1.4.2 Definición operacional de las variables o elementos de estudio

La técnica de musicoterapia se operacionalizó a través de intervenciones, que consta de 10 sesiones psicoterapéuticas con duración de una hora cada una, por un periodo de dos meses, que llevó a la verificación de su incidencia en el proceso del manejo del Trastorno por Hiperactividad. Los avances terapéuticos en cada sesión se registraron a través de fichas de observación de cada niño, donde se hace mención de los cambios en los principales criterios del trastorno antes mencionado.

Para el Trastorno por Hiperactividad se utilizó la prueba denominada: Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (EDAH) de Anna Farré I Riba y Juan Narbona García que evalúa las conductas usuales vinculadas con el TDAH, tales como; Hiperactividad, Déficit de atención y Trastorno de conducta. Consta de 20 ítems con una escala valorativa ascendente de 0 a 3, que refleja la gravedad de las conductas. Es un cuestionario inminente fácil de resolver, se aplica a niños de 6 a 12 años (1^o a 6^o de primaria),

cuenta con la hoja de anotación que contiene el cuestionario para el profesor, que pondera en base a lo que ha observado, la duración de la prueba es de 5 - 10 minutos individualmente.

2.5 Alcances y Límites

La investigación se orientó en evaluar la incidencia de la musicoterapia en el manejo del Trastorno por Hiperactividad en niños de ambos sexos, entre las edades de 6 a 12 años que cursan los grados de tercero a sexto primaria, en la Escuela Oficial Rural Mixta Caserío Patzité Tierra Fría, Nahualá Sololá. Por consiguiente, docentes y padres de familia pueden tener una nueva visión y un método para brindar apoyo adecuado a los niños en el control del dicho trastorno.

Poca presencia del sexo femenino, debido a que los sujetos dominantes fueron hombres con un total de 16 y 1 niña.

La actitud de resistencia de algunos de los participantes.

2.6 Aportes

Fortalecer los conocimientos y trabajos ya hechos para lograr impulsar los avances obtenidos en la sociedad guatemalteca, donde la cultura indígena predomina, para que los niños que viven en los lugares rurales con problemas de conducta puedan ser orientados en la misma sintonía con los que viven en el área urbana, sin excepción de culturas.

Por este medio se puede lograr un desarrollo integral en la niñez, sin darle relevancia al lugar donde puedan desenvolverse, con la música como herramienta principal para lograr un equilibrio en las diferentes actividades sociales, crear ámbitos de relaciones sanas y apoyo mutuo en la sociedad para los niños, entre: adolescentes, adultos, docentes y familiares. Para el manejo adecuado del Trastorno por Hiperactividad.

Para la institución, se procura aportar una teoría nueva e innovadora para el trato del Trastorno por Hiperactividad. Con ello se da la oportunidad de tener herramientas adecuadas y fáciles de aplicar, sin llegar a los maltratos físicos o psicológicos que son comúnmente la vía para corregir las conductas inadecuadas. Dará un camino nuevo a las reacciones y formas de actuar de los educadores y padres de familia, y así aprovechar dichas energías a beneficio del niño y su entorno.

A la Universidad Rafael Landívar, como campo de preparación para dicha investigación, se garantiza una aportación teórica y práctica sobre el impacto y resultados de la musicoterapia en la conducción de la hiperactividad, con nuevos conocimientos y técnicas a trabajar en el ámbito rural, que podría ser objeto de estudio para futuros estudiantes de psicología.

Asimismo para la Facultad de Humanidades, ya que su esencia es trabajar directamente con personas, para que puedan añadir la música como un recurso primordial en la formación de los futuros profesionales de las diferentes áreas, de esta manera se podría aprovechar una herramienta natural, factible y accesible en todo lugar.

A los futuros profesionales de la Salud Mental, para que tomen en cuenta la técnica a aplicar, y considerar los resultados a obtener como el preámbulo para investigaciones futuras en cualquier tipo de población, debido a que la música puede ser una gran herramienta terapéutica en el manejo del Trastorno por Hiperactividad, sin importar culturas, tradiciones, géneros, edades y el lugar donde se utilice.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

El estudio se realizó con estudiantes de tercero a sexto primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta Caserío Patzité Tierra Fría, Nahualá Sololá, con edades comprendidas entre 6 a 12 años, de ambos sexos, de clase baja y clase media, cultura indígena Bilingüe; K'iche' Español de nacionalidad guatemalteca, la mayoría son hijos de padres migrantes, religión evangélica y católica. Por ser un estudio pre experimental, el universo fue de 109 y los sujetos diagnosticados con Trastorno por Hiperactividad con quienes se trabajó, fueron 17.

3.2 Instrumentos

Para musicoterapia se utilizó una ficha musicoterapeuta, donde se registraron los efectos en el Trastorno por Hiperactividad por sesión, de igual manera se verificaron los avances y cambios emocionales, físicos y psicológicos que se alcanzaron en el proceso.

Para el Trastorno por Hiperactividad se utilizó la escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad EDAH de Anna Farré I Riba y Juan Narbona García. Evalúa los principales rasgos del TDAH y de los trastorno de conductas que puedan existir con el síndrome: Déficit de Atención, Impulsividad, Hiperactividad, Trastorno de Conducta y Dificultades de Aprendizaje son los elementos inseparables que afectan denegadamente el desarrollo escolar de los niños.

Recoge información sobre las acciones cotidianas del niño. Para ello ofrece un método organizado de expectación para el educador, compuesto por 20 ítems de fácil interpretación y que requieren una intervención mínima de tiempo de 5 a 10 minutos por cada niño, donde las conductas descritas son valoradas de manera ascendente con una calificación de 0 a 3, donde es:

nada = 0, poco = 1, bastante = 2, mucho = 3. Cada punto es tomado como puntuación posteriormente se consultan los percentiles correspondiente en las tablas de baremos.

El evaluador adquiere calificaciones en 4 escalas: Hiperactividad, Déficit de atención, Hiperactividad con Déficit de Atención y Trastorno de Conducta. Se han determinado puntos de ponderación a partir de razonamientos estadísticos y epidemiológicos que pueden ayudar al evaluador a tener un mayor conocimiento acerca del diagnóstico. Dichos puntos determinan la existencia de dos niveles del riesgo de padecer el trastorno: riesgo moderado y riesgo elevado.

3.3 Procedimiento

- Selección de los temas: de acuerdo a los intereses del investigador.
- Elaboración y aprobación del sumario: dos temas fueron enviados, luego se escogió un para dicha investigación.
- Aprobación del tema a investigar: mediante realización del perfil de investigación y aprobación de autoridades correspondientes.
- Investigación de antecedentes: por medio de consulta de revistas, boletines, tesis, la utilización de medios electrónicos, entre otros.
- Elaboración del índice: de acuerdo a las dos variables de estudio.
- Realización de marco teórico: a través de lectura de libros, utilización del internet.
- Planteamiento del problema: enfocado según los estudios del marco teórico y problemática observada.
- Elaboración del método: por medio del proceso estadístico para desarrollar el procedimiento que más se adecua.

- Aplicación de la prueba y escala: para la evaluación de las variables de estudio, en este caso se utilizó el test: EDAH
- Tabulación de los resultados: mediante el proceso de calificación de la prueba aplicada. Uso de estadística descriptiva, media, mediana, moda, significación y fiabilidad para realizar la discusión.
- Análisis de los resultados: por medio de cuadros de frecuencias y porcentaje cotejados con la estadística aplicada.
- Discusión: etapa del proceso donde se verificó el alcance de los objetivos por medio del cotejo de los antecedentes, el marco teórico, los resultados del trabajo de campo y el criterio del investigador.
- Elaboración de las conclusiones del trabajo de investigación: relacionado a los objetivos trazados.
- Recomendaciones: donde se sugieren alternativas relacionadas a la problemática estudiada enfocadas al aporte propuesto.
- Propuesta: dirigida a los sujetos de la investigación.
- Referencias: basado en los lineamientos de las normas APA.

3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología estadística

Achaerandio (2010) establece que el tipo de investigación cuantitativa es la que extrae un juicio a partir de una relación entre las variables, así mismo puede reflejar resultados sin que las variables sean relacionadas, solo hacer mediciones cuantitativas de participantes que sean reflejados con cantidades numéricas que generan observación, datos y un proceso estadístico, con la finalidad de reflejar un resultado objetivo, incluyen hipótesis para después analizarlo de manera sistemática.

Hernández, Fernández y Baptista (2014) definen la investigación pre-experimental como el diseño con la que se puede manipular intencionadamente una variable independiente para causar y verificar el efecto sobre la variable dependiente, los sujetos con quienes se trabajan en este tipo de estudio no se eligen al azar, pues ya están conformados estructuradamente previo a la investigación.

Lima (2016) establece las siguientes fórmulas estadísticas para el estudio de datos pares, t- student, que establece una comparación individual en los sujetos de estudio, entre su posición inicial y final, con el fin de obtener cálculos esenciales, los que pertenecen al antes y al después, para verificar los cambios y así evidenciar la efectividad de la musicoterapia.

El proceso de la metodología estadística se conforma de la siguiente manera:

- Media aritmética de las diferencias : $\bar{d} = \frac{\sum d_1}{N}$

- Desviación típica o estándar para la diferencia entre el tiempo uno y el tiempo dos.

Desviación típica o estándar para la diferencia entre la evaluación inicial antes de su aplicación y la evaluación final después de su aplicación.

$$Sd = \sqrt{\frac{\sum (d_1 - \bar{d})^2}{N - 1}}$$

- Valor estadístico de prueba: $t = \frac{\bar{d} - \Delta_0}{\frac{Sd}{\sqrt{N}}}$

- Grados de Libertad: g.l = N - 1

- Valores de t a los niveles de confianza del 95% Z=1.96

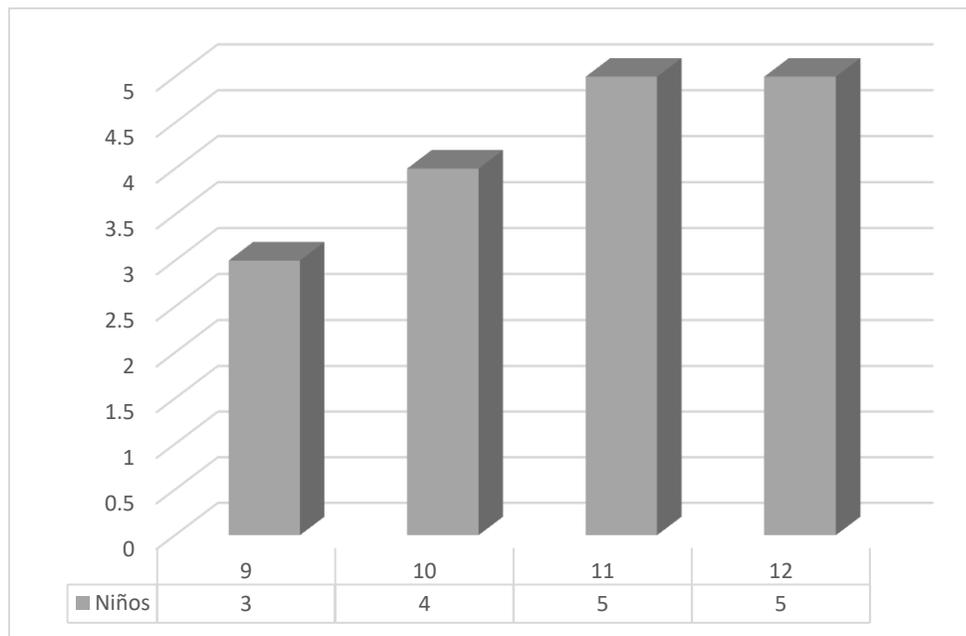
- Interpretación: Si $t \geq T$ o $-t \leq -T$ se rechaza la Hipótesis Nula y se Acepta la Hipótesis Alternativa, así se comprueba estadísticamente su efectividad.

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se presentan a continuación los resultados obtenidos en el trabajo de campo con la prueba EDAH, para el diagnóstico e identificación del grado del Trastorno por hiperactividad. Seguidamente las intervenciones de las sesiones musicoterapéuticas en 17 sujetos conformados por niños de ambos sexos, entre las edades de 6 a 12 años. La prueba fue aplicada antes y después de la ejecución del tratamiento, con el objetivo de identificar su incidencia en el manejo de dicho trastorno, se demuestra en las siguientes tablas y gráficas:

Gráfica Núm. 1

Edades



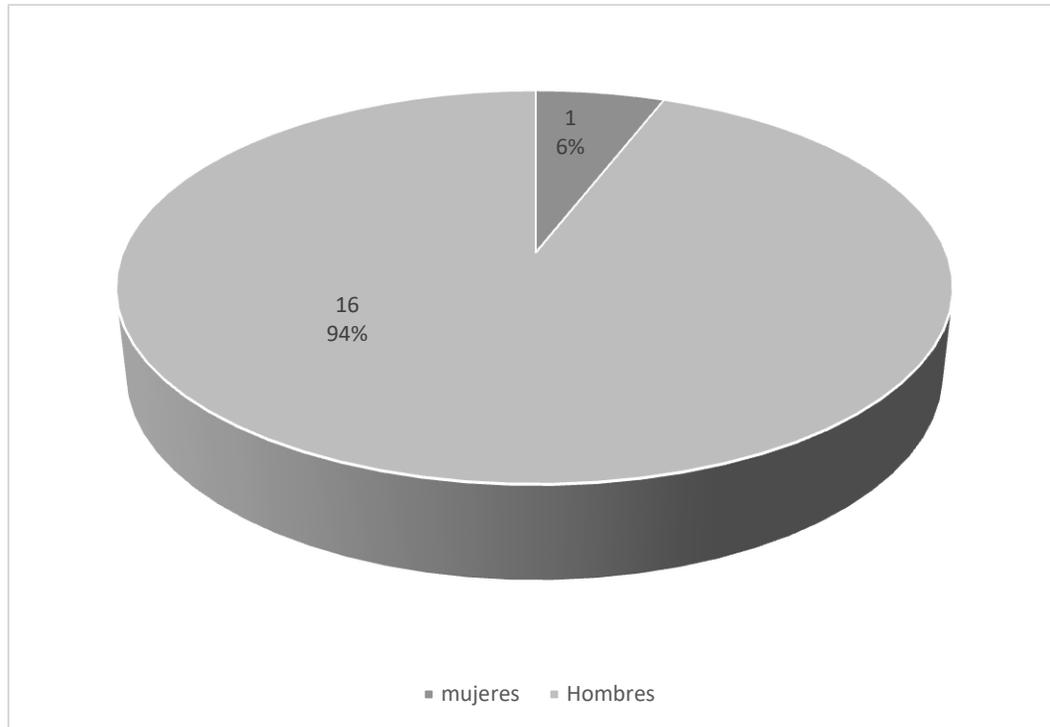
Fuente: trabajo de campo 2017

Interpretación:

En la gráfica anterior se observa que la mayoría de niños presentan las edades de 11 y 12 años.

Gráfica Núm. 2

Género



Fuente: trabajo de campo 2017

Interpretación:

En la gráfica número 2 se observa que la mayoría de sujetos investigados son hombres, quienes representan el 94% de la población.

Tabla Núm. 1

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

Trastorno por Hiperactividad

	Pre test	Post test
Media	91.82	60
Observaciones	17	17
Estadístico t	21.17	
Valor crítico de t (dos colas)	2.12	

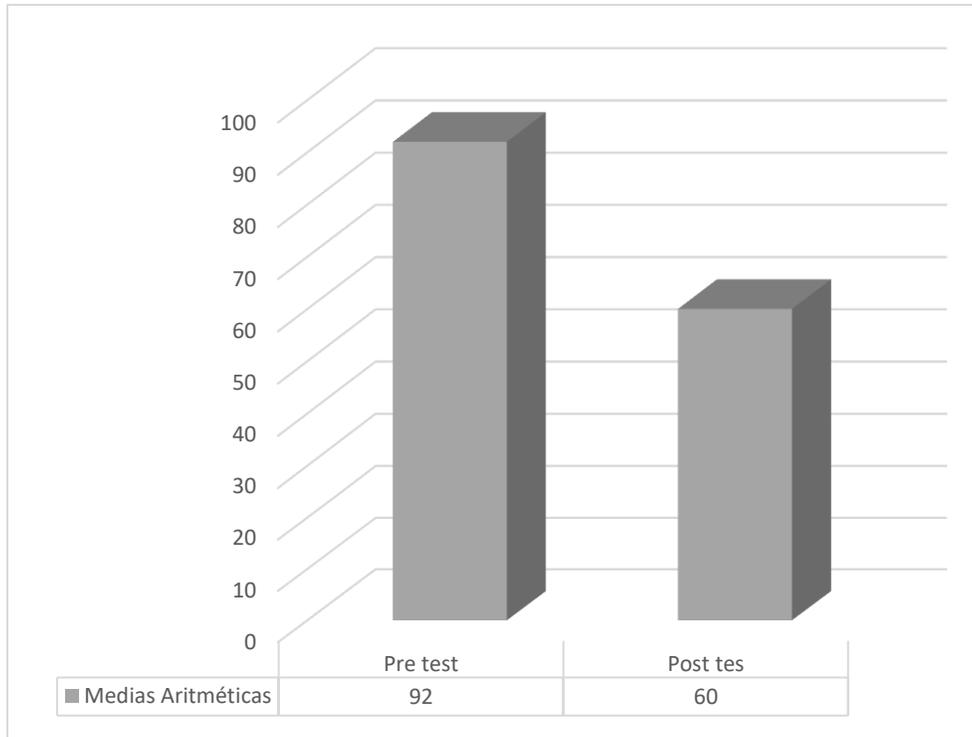
Fuente: trabajo de campo 2017

Interpretación:

En la tabla anterior se visualiza que al ser el estadístico = 21.17 mayor que el valor crítico de t (dos colas) = 2.12, se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis alterna H_1 que dice: La musicoterapia incide en el manejo del Trastorno por Hiperactividad.

Gráfica Núm. 3

Comparación de medias aritméticas



Fuente: trabajo de campo 2017

Interpretación:

Al comparar la media aritmética del pre test = 92 con la media aritmética del post test = 60, se observa una diferencia estadísticamente significativa al nivel del 5% de 32 grados, lo que indica que la musicoterapia es efectiva en el manejo del Trastorno por hiperactividad.

V. DISCUSIÓN

La musicoterapia es una herramienta dirigida por pasos y métodos de intervenciones objetivas, ejecutadas por el terapeuta en beneficio del paciente hacia su realización personal a través de la música. Interrelaciona las fuentes emocionales y físicas para un mayor equilibrio en el manejo de la vida, que se puede fortalecer con las vivencias, confianza, comunicación y la relación entre musicoterapeuta y paciente en el proceso de desarrollo de las sesiones.

Benenzon (2011) asegura que la musicoterapia se hace posible con la ejecución congruente y objetiva del sonido, el cual, combinado con todos los elementos musicales se convierte en el soporte para favorecer la salud del paciente. De esta manera, la variedad de música e instrumentos musicales pueden llegar a ser medios psicoterapéuticos, que facilitan el desarrollo de las distintas actividades en los procesos de las sesiones musicoterapéuticas, para una conexión adecuada a favor del paciente, con el fin de una mejora en su socialización e integración intrapersonal e interpersonal.

Esta técnica influye de forma directa en la vida de las personas en cualquier ambiente, sin importar cultura, género y creencias, equilibra de manera inmediata las emociones, y como consecuencia se refleja un control sobre las conductas. La efectividad de la musicoterapia en el estado anímico de las personas es altamente aceptable, está confirmado por varios estudios durante toda la historia en diferentes partes del mundo, desde el inicio de la humanidad hasta en la actualidad. Datos que confirman Trallero y Oller (2009), quienes aseguran que los efectos positivos de la música son respaldados por estudios científicos. Causa relajación inminente y natural en los problemas emocionales, psicológicos y físicos. La musicoterapia, activa y aprovecha las diferentes destrezas, habilidades, conocimientos, experiencias y aprendizajes del paciente que ha tenido con la música durante la vida, de esta manera se fortalecen los efectos

positivos que ha obtenido y obtendrá, para la regulación, modificación y eliminación de las conductas tóxicas durante y después de las sesiones.

La musicoterapia no conoce de edades y gustos, sus efectos son directos en todas las áreas del ser humano, por ende, tiene un alto grado de asertividad si se ejecuta hacia un objetivo definido, en este caso, en niños Diagnosticados con Trastorno por Hiperactividad, donde radica la imaginación y las acciones inconscientes, dirigidas por la falta de control sobre las funciones motoras y cordura, que anula el juicio y la razón, y debilita las acciones correctas y el sentido del deber en la familia, escuela y sociedad del niño.

El Trastorno por Hiperactividad se hace notorio en la niñez, está caracterizado por impulsividad, agresividad, excesiva inquietud motora, baja autoestima, conductas desafiantes, falta de socialización e integración. Las conductas antes mencionadas, afectan de manera considerable la evolución adecuada del niño quien padece dicho trastorno, impide el desarrollo de sus habilidades, destrezas, y la adquisición, retención y proceso de información para su aprendizaje, genera inseguridad y falta de control sobre sus emociones, por ende, trata de compensar con acciones que generan superioridad hacia los demás infantes. Castroviejo (2008) comenta que acuden a actitudes rebeldes para no mostrar la falta de capacidad, o el miedo a ser rechazados, con esto creen crear un escudo de defensa para no ser humillados y lastimados.

Polaino (2010) quien asegura que la hiperactividad infantil es un trastorno de conducta de origen neurológico, que promociona un panorama de inestabilidad en el futuro desarrollo del niño que lo sufre. Se hace notorio en la edad escolar, con un alto grado de visibilidad en niños menores de 10 años, asimismo se refleja un porcentaje mayor en niños que en niñas.

Tal es el caso de 17 estudiantes de tercero a sexto primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta Caserío Patzité Tierra Fria, Nahuala Sololá. Diagnosticados con Trastorno por Hiperactividad, con la aplicación de la Escala de evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad EDAH. En el pre test se identificó en base a los resultados estadísticos deducido en la gráfica número 1, que las edades dominantes fueron de 11 a 12 años, que equivale a 10 niños, por lo que se le acerca a la teoría establecida por Polaino (2010), que indica que la hiperactividad se hace más notoria en niños menores de 10 años. Sin embargo, el resto de sujetos tienen entre 9 y 10 años, que equivalen a 7 niños, por lo que no se niega completamente su teoría. Asimismo, en la gráfica número 2, se confirma lo dicho también por el autor antes mencionado, que el género más afectado es el masculino, por lo que la mayoría de sujetos son niños, que representan el 94 % de la población que equivale a 16 niños, y la otra parte representa un 6% que equivale a 1 niña.

Seguidamente se llevaron a cabo las intervenciones musicoterapéuticas con el grupo, a quienes se les dividió en dos grupos, el primer grupo fue de 8 y el segundo de 9, para hacer concordancia aproximada con la recomendación establecida por Benenzon (2011), donde indica que la cantidad máxima en un grupo de musicoterapia debe ser de 6. Seguidamente se les aplicó un plan de tratamiento sistematizado, como lo afirman Gento y Iago (2012), que las sesiones deben ser planificadas cuidadosamente y no improvisadas, para su ejecución correcta y así contar con las herramientas necesarias. Fueron 10 sesiones de musicoterapia, las cuales se ejecutaron en base a las técnicas pasivas, activas y mixtas mencionadas por Gento y Lago (2012). Esto dio lugar a la ejecución de varias actividades que concuerdan de manera objetivas con la música. Se abordaron los principales rasgos del Trastorno por Hiperactividad, tal como menciona Jordi (2011) y Saravia (2014), que la música en el manejo de la hiperactividad es posible, debido a que

sus efectos son altamente inminentes en la vida de los niños, reduce las conductas no deseadas, asimismo genera congruencia en las acciones impulsivas para una expulsión adecuada de energía que caracteriza a los niños con dicho trastorno.

Los avances terapéuticos en cada sesión fueron recopilados durante y después de las sesiones de musicoterapia a través de una ficha de observación. Se identificaron en todas las sesiones el desarrollo de aspectos positivos en la personalidad de los niños. La incidencia de la musicoterapia en el manejo de la hiperactividad se hizo visible. Ayudó a exteriorizar sentimientos, emociones, recuerdos, molestias, gustos. Asimismo en el área física, control, coordinación y equilibrio motora. De esta manera se logró contemplar avances significativos en la seguridad, autoestima, socialización, interacción, comunicación, creatividad, iniciativa, liderazgo y aceptación de cada niño, que comúnmente reprimen, debido a la falta de comprensión y aceptación. La música es efectiva en el manejo de problemas emocionales y cognitivos, como afirman Trallero y Oller (2009).

Vaillancourt (2009) quien asegura que los efectos de la música en la niñez son asombrosas y causantes de impactos positivos, que les ayuda a canalizar adecuadamente y controlar sus energías para desarrollar sus habilidades musicales innatas. La musicoterapia lleva los pensamientos a un nivel que pueda causar provecho y beneficios, mantiene las emociones. Con la constante preparación se puede convertir en una segunda naturaleza que les proporcione métodos para balancear sus energías y no desperdiciarlas sin un objetivo.

El encargado identificó que todos los niños participes necesitaban un espacio donde puedan expresar de manera dinámica, espontánea, y sin límites sus rasgos hiperactivos, debido a que la impulsividad y excesiva energía es lo que predomina en ellos. Necesitan ser guiados, aceptados, comprendidos, estimulados, valorados y motivados pero a la manera de ellos, tal

como lo confirma Castroviejo (2008), que los niños tienden a tomar actitudes desafiantes para no sentirse incapaces, debido a que la impulsividad es lo que domina en ellos.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la gráfica numero 3 refleja en la media aritmética, que en el pre test = 92 con la media aritmética de post test = 60, se observa un grado de diferencia aceptable de 5% de 32 grados, con lo que se asegura la efectividad de la musicoterapia en el manejo del Trastorno por Hiperactividad. Por consiguiente, la tabla número 1. Que muestra la prueba t para medias de dos muestras emparejadas, refleja que al ser estadístico = 21.17 mayor que el valor crítico de t (dos colas) = 2.12, se niega la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis alterna H_1 que dice: La musicoterapia incide en el manejo del Trastorno por Hiperactividad. Por tal razón se concluye que los efectos de la musicoterapia son efectivos para el control y disminución de conductas no adecuadas, asimismo ayuda a la estimulación de las conductas positivas en niños con Trastorno por Hiperactividad.

VI. CONCLUSIONES

- La ejecución sistemática y objetiva de la musicoterapia tiene un alto grado de incidencia en el manejo del Trastorno por Hiperactividad.
- Los niños mostraron cambios relevantes en el manejo del Trastorno por Hiperactividad, basado en el Pre test, el grupo mostró una media aritmética de 92. Después de las intervenciones musicoterapéuticas, se aplicó el Post test que muestra una media aritmética de 60. Por lo que se afirma una diferencia significativa de 5% de 32 grados.
- La aplicación de la musicoterapia establece un amplio grado de libertad, facilita la adaptación y exteriorización de emociones en los niños con Trastorno por Hiperactividad.
- La planificación de los objetivos, técnicas, tiempos e instrumentos en las sesiones musicoterapéuticas son necesarias, de esta manera no se desperdicia tiempo y así lograr un mayor avance en el tratamiento.
- La preparación del profesional es imprescindible, debido a que tiene que tener conocimiento en el manejo de las actividades musicales, para el control en el grupo y poder incentivarlos de manera coherente y objetiva.

VII. RECOMENDACIONES

- Aprovechar la musicoterapia como una herramienta precisa y objetiva en el abordaje de las conductas alarmantes que presentan los niños en la edad escolar para una estimulación temprana de sus capacidades físicas y cognitivas.
- Fomentar la práctica de talleres e intervenciones que puedan ayudar a los padres de familias y docentes en el manejo del Trastorno por Hiperactividad, para un mutuo logro positivo en los infantes.
- Fortalecer las actividades extracurriculares en las escuelas para que los niños con Trastorno por Hiperactividad tengan espacios adecuados donde canalizar sus energías de manera dinámica y natural. Para el desarrollo de sus habilidades y destrezas físicas, y cognitivas reprimidas.
- El profesional que ejecute la musicoterapia, debe tener claro los elementos a aplicar, e identifica con precisión lo que se pretende abordar en cada sesión, para lograr los cambios pretendidos.
- El terapeuta debe estar en constante preparación y actualización en el manejo de todo lo que se relacione con la musicoterapia, para la planificación, el manejo y aplicación adecuada de las técnicas, con el fin de ejecutar procesos terapéuticos estructurados y objetivos.

VIII. REFERENCIAS

- Achaerandio, L. (2010). *Iniciación a la práctica de la investigación*. (7a. ed.). Guatemala: Magna Terra Editores
- Asociación Americana de Psiquiatría. (APA, 2014). *MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES*. (5a. ed.). Estados Unidos: Editorial medica panamericana.
- Anchundia, L. (2014). Música para mejorar. *Larevista El Universo*, edición electrónica. Recuperado de <http://www.larevista.ec/orientacion/psicologia/musica-para-mejorar>
- Benenzon, R. (2011). *Musicoterapia, de la teoría a la práctica*. (2a. ed.). Madrid, España: Paidós.
- Cañizares, A. (2016). Disminución del dolor con Musicoterapia. *El Mundo*, edición electrónica. Recuperado de <http://www.elmundo.es/andalucia/2016/12/02/58414699e5fdeaa41f8b46a7.html>
- Castroviejo, I. (2008). *Hiperactividad: ¿existe frontera entre personalidad y patología?* (1a. ed.). España: Ediciones Días de Santo.
- Cojulun, V. (2010). *Eficacia de la musicoterapia para el tratamiento en la ansiedad en niños*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado <http://bibliod.url.edu.gt/Tesis/05/42/Cojulun-Benard-Veronica/Cojulun-Benard-Veronica.pdf>
- Galicia, O. (2015). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. (1a. ed.). Mexico, D. F: Editorial el manual moderno.

- Gallardo, R. (2011). *Musicoterapia y salud mental: prevención, asistencia y rehabilitación*. (2a. ed.). Buenos Aires, Argentina: Ugerman Editor.
- Gento, S y Lago, P. (2012). *La musicoterapia en el tratamiento educativo de la diversidad*. (1a. ed). Madrid España: UNED – Universidad Nacional de Educación a Distancia.
Recuperado en <http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/reader.action?docID=10565720>
- Hernández, G. (2012). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de nivel primario*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar. Campus de Quetzaltenango, Quetzaltenango. Guatemala. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2012/05/42/Hernandez-Gladis.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6a. ed.). México D.F: Mc Graw Hill Education.
- Isorna, M. (2013). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. (1a. ed.). España: Servicio de publicaciones de Universidade de Vigo.
- Jordi, J. (2011). *Música y neurociencia: la musicoterapia: sus fundamentos, efectos y ampliaciones terapéutica*. (3a. ed.). Barcelona, España: Editorial UOC.
- La Haya/ Efe. (2017). Niños hiperactivos padecen trastorno cerebral y no son maleducados. *Prensa libre*, edición electrónica. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/viewFile/19260/18262>.
- Lima, G. (2016). *Cuaderno de Trabajo Estadística*. Guatemala: Copymax.

- Maciá, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia: concepto, evaluación y tratamiento*. (1a. ed.). Madrid, España: Difusora Larousse - Ediciones Piramide. Recuperado en <http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/reader.action?docID=11059424>
- Mejía, R. (2002). Armonías que curan. *Prensa libre*, edición electrónica. Recuperado de http://www.prensalibre.com/vida/Armonias-curan_0_59395460
- Mosquera, S. (2011). Hiperactividad infantil. *La revista el universo*, edición electrónica. Recuperado de <http://www.larevista.ec/orientacion/hiperactividad-infantil>
- Muriel, S., Aguirre, M., Varela, C., y Ruiz, S. (2013). *Comportamientos alarmantes infantiles y juveniles*. (1a. ed.). España: Ediciones Euroméxico, S.A. de C.V.
- Orellana, P. (2016). Cómo le ayudo en casa a un niño con TDAH. *Prensa libre*, edición electrónica, recuperado de <http://www.prensalibre.com/vida/como-le-ayudo-en-casa-a-un-nio-con-tdha>
- Polaino, A. (2010). *Cómo vivir con un niño hiperactivo: comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar*. (1a. ed.). Madrid, España: Narcea Ediciones.
- Saravia, P. (2014). La música también puede curarnos. *Prensa libre*, edición electrónica, recuperado de http://www.prensalibre.com/vida/La_musica-puede_curarnos-musicoterapia_0_1208879347.html
- Trallero, F y Jordi, O. (2009). *Cuidados musicales para cuidadores: musicoterapia autorrealizadora para el estrés asistencial*. (1a. ed.). España: Editorial Desclée de Brouwer.

Vaillancourt, G. (2009). *Música y musicoterapia, su importancia en el desarrollo infantil*. (1a. ed). Madrid, España: NARCE, S.A., DE EDICIONES.

Xón, S. (2011). *Musicoterapia como herramienta para afrontar la ansiedad*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar campus de Quetzaltenango, Quetzaltenango. Guatemala. Recuperado de <http://bibliod.url.edu.gt/Tesis/05/42/Xon-Sandra/Xon-Sandra.pdf>

IX. ANEXOS

Anexo I

Intervención

Musicoterapia en el manejo del Trastorno por Hiperactividad

Introducción

Debido a la incidencia positiva de la musicoterapia en el manejo del Trastorno por Hiperactividad en niños de edad escolar, se hace objetivo su continuidad y ejecución en la Escuela Oficial Rural Mixta Caserío Patzité Tierra Fría, Nahualá Sololá. Para concretar y ampliar los avances terapéuticos alcanzados durante las intervenciones realizadas. Consta de diez sesiones establecidas sistemática y objetivamente, que contrarresta los síntomas más comunes de dicho trastorno de forma dinámica, creativa y efectiva; de manera individual y grupal, incita a los participantes a actuar lúdicamente sin perder la cordura, unifica las áreas principales del ser humano: afectivo, cognitivo y físico. Aplicable con grupos de nueve elementos aproximadamente, por un tiempo de dos meses, una sesión por semana con una duración de una hora, ejecutado por un profesional de la musicoterapia o de la psicología.

Justificación

Tener una nueva herramienta en las aulas y con los padres de familia para el control y manejo de dicho trastorno, y las conductas dañinas que lo anteceden y acompañan, con el fin de evitar la prolongación de acciones que afecten la evolución adecuada de los niños. Asimismo para la estimulación y desarrollo de sus habilidades, destrezas y conocimientos reprimidos. Crea una perspectiva diferente, comparado con las correcciones de conductas anticuadas, que

comúnmente se hace de manera violenta, por ende, la importancia de implementar la musicoterapia como vía hacia un desarrollo adecuado es inminente, por ser un medio accesible y natural, para una mejor comprensión de los niños y así darles una orientación adecuada.

Objetivos

Objetivo general:

Proporcionar un espacio de completa libertad para cambios positivos en las conductas de los niños diagnosticados con Trastorno por Hiperactividad.

Objetivos específicos:

- Brindar técnicas y herramientas que faciliten el bienestar de los niños.
- Incentivar las habilidades y conocimientos innatos de los niños para que puedan expresarse y comunicarse de manera adecuada.
- Desarrollar las habilidades y conocimientos de manera objetiva.

Sesiones:

Sesión uno

Encargado: Psicólogo	Objetivo: Establecer un buen Rapport con el grupo	
Técnicas: Mixtas	Tiempo: 1 Hora	
Actividades	Método	Herramientas
<ul style="list-style-type: none">• Bienvenida• Indicaciones• Dinámica (Identificación de líder).• “Presentación individual de los niños; cantar y aplaudir”.• Canción de despedida.	Se empieza con la dinámica, donde los niños aplauden rítmicamente, con la cual se incita a participar individualmente, para trabajar la coordinación, confianza y comunicación en el grupo. Seguidamente la presentación individual, donde hay que ejecutar la guitarra y que cada niño va indicar su nombre con cantos y al ritmo de la los acordes.	<ul style="list-style-type: none">• Altavoces.• Guitarra acústica

Sesión dos

Encargado: Psicólogo	Objetivo: Identificación de emociones para conocimiento personal y regulación de impulsos con el fin de aprender a expresarse.	
Técnicas: Pasivas	Tiempo: 1 Hora	
Actividades	Método	Herramientas
<ul style="list-style-type: none">• Canción de bienvenida• Indicaciones• Dinámica (Globos).• “Identificación de emociones con canciones”.• Discusión• Canción de despedida.	Presentar una variedad de canciones al grupo. Escribir en papel lo que siente en cada una de ellas. Finalmente hablar y discutir de los sentimientos, eventos, recuerdos y emociones que evocaron las canciones.	<ul style="list-style-type: none">• Papel• Lápiz• Audio• Variedad de canciones: Instrumental y activa.

Sesión tres

Encargado: Psicólogo	Objetivo: Expresión de emociones de manera dinámica, para canalizar energía y estimular la creatividad.	
Técnica: Activas	Tiempo: 1 Hora	
Actividades	Método	Herramientas
<ul style="list-style-type: none"> • Canción de bienvenida. • Indicaciones • “Creación de ritmos musicales”. • Discusión. • Canción de despedida. 	Se empieza con la reproducción de música que sirve de base, seguidamente con la participación de los participantes con la creación de ritmos individual y grupalmente con movimientos coreográficos.	<ul style="list-style-type: none"> • Guitarra acústica. • Variedad de canciones • Altavoces. • Panderetas • Globos

Sesión cuatro

Encargado: Psicólogo	Objetivo: Expresión de emociones de manera pasiva y práctica para el control de inquietud motora.	
Técnicas: Pasivas	Tiempo: 1 Hora	
Actividades	Método	Herramientas
<ul style="list-style-type: none"> • Canción de bienvenida. • Indicaciones • “Auto expresión”. • Discusión. • Canción de despedida. 	Identificar las emociones a través de la variedad de música y expresarlo a través del dibujo. Representarán gráficamente cómo se sienten acerca de sí mismo, o recuerdos que se presenten al escuchar una canción. Para luego discutir lo vivido.	<ul style="list-style-type: none"> • Variedad de canciones. • Lápiz • Papel • Crayones • Audio

Sesión cinco

Encargado: Psicólogo	Objetivo: Identificación y desarrollo de habilidades motrices para una coordinación eficaz.	
Técnicas: Activas	Tiempo: 1 Hora	
Actividades	Método	Herramientas
<ul style="list-style-type: none"> • Canción de bienvenida. • Indicaciones • “Dinámicas grupales y Reproducción o ejecución de música estimulantes”. • Canción de despedida. 	<p>Se empieza con la reproducción y/o ejecución de variedad de música activa, en base a ello se indica al niño hacer movimientos únicos y no comunes para su persona a través de dinámicas en compás de la música. Poco a poco se pone un cierto grado de dificultad, para que el niño se esfuerce un poco más en lograr lo indicado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Audio • Guitarra • Pelota • Conos (o botellas, plásticos, cartones). • Cuerda o lazo. • Hoja • Lápiz

Sesión seis

Encargado: Psicólogo	Objetivo: Socialización e integración en grupo para desarrollar la comunicación.	
Técnicas: Activas	Tiempo: 1 Hora	
Actividades	Método	Herramientas
<ul style="list-style-type: none"> • Canción de bienvenida. • Indicaciones • Dinámica: Derecha, izquierda, Expansión. • “Composición musical”. • Canción de despedida. 	<p>Se empieza con la dinámica que requiere de interacción eficaz entre los participante para una coordinación adecuada en grupo. Seguidamente se empieza la composición de música por grupos para que interactúen, discutan, propongan, establezcan y después presentar lo coordinado en grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guitarra • Piano • Pizarra • Lápiz • Papel • Marcadores

Sesión siete

Encargado: Psicólogo	Objetivo: Estimulación y desarrollo de autoestima para una mejor seguridad personal.	
Técnicas: Activas	Tiempo: 1 Hora	
Actividades	Método	Herramientas
<ul style="list-style-type: none"> • Canción de bienvenida. • Indicaciones • Dinámica: Pasar el papel. • Desarrollo de autoestima: “cantar y bailar”. • Canción de despedida. 	<p>Se empieza con la dinámica, con fondo musical relacionado a ella, donde se comunicarán con sus cuerpos para una mayor seguridad. Seguidamente cada niño cantará o bailará individualmente, acompañado con pistas o la ejecución de un instrumento por parte del encargado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guitarra • Altavoces • Audio • Variedad de canciones.

Sesión ocho

Encargado: Psicólogo	Objetivo: Identificación y desarrollo de habilidades cognitivas para uso de la imaginación y atención.	
Técnicas: Mixtas	Tiempo: 1 Hora	
Actividades	Método	Herramientas
<ul style="list-style-type: none"> • Canción de bienvenida. • Indicaciones • “Improvisación musical”. • Discusión. • Canción de despedida. 	<p>El terapeuta ejecuta una variedad de ritmos y melodías a través de la guitarra con el grupo, donde ellos improvisarán sonidos con las panderetas y baquetas al ritmo de las melodías o acordes del instrumentos antes mencionado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guitarra eléctrica. • Altavoces • Panderetas • Baquetas

Sesión nueve

Encargado: Psicólogo	Objetivo: Identificación y desarrollo de habilidades sensoriales, para una mejora en la concentración.	
Técnicas: Pasivas	Tiempo: 1 Hora	
Actividades	Método	Herramientas
<ul style="list-style-type: none"> • Canción de bienvenida. • Indicaciones • “Trabajar respiración, relajación y visualización con música diversas”. • Discusión. • Canción de despedida. 	<p>Se empieza con música de fondo, y luego trabajar individualmente las técnicas de respiración, relajación y visualización para mantener la concentración, imaginación, atención. Comentar las experiencias obtenidas durante las técnicas si se hace necesario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guitarra acústica. • Altavoces • Audio. • Diversidad de música de relajación.

Sesión diez

Encargado: Psicólogo	Objetivo: Coordinación y unidad en grupo.	
Técnicas: Mixtas	Tiempo: 1 Hora	
Actividades	Método	Herramientas
<ul style="list-style-type: none"> • Canción de bienvenida. • Indicaciones • Dinámica: liderazgo y socialización. • “Identificación de canciones en grupo”.. • Discusión. • Canción de despedida. 	<p>Hacer dos grupos. Presentarles una variedad de canciones para que logren identificar al artista o la canción, darles puntos para estimularlos.</p> <p>Hacer que cada grupo presente diversas canciones para que el otro identifique. Después preguntarles que es lo que les gusta.</p> <p>Qué les gustaría escuchar y cantar, para que los niños logren estimular la relación para una discusión personal y grupal con el fin de lograr equilibrio en los grupos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guitarra acústica. • Altavoces • Audio. • Diversidad de música.

CRONOGRAMA DE SESIONES
EJECUCIÓN TESIS
MUSICOTERAPIA Y TRASTORNO POR HIPERACTIVIDAD
(Estudio a realizarse con estudiantes de tercero a sexto primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta Caserío Patzité Tierra Fría,
Nahualá Sololá).

Estudiante: Venturo Rodolfo Guarchaj Tum.

Núm. De sesiones.	Objetivo	Agosto							Septiembre					Horario		
		L	M	M	J	V	L	M	M	J	V					
Sesión 1	Establecer un buen Rapport con el grupo.	1	2	3	4										10: 30 Am a 12: 30 Pm	
Sesión 2	Identificación de emociones para conocimiento personal, y regulación de impulsos con el fin de aprender a expresarse.	7	8	9	10	11									10: 30 Am a 12: 30 Pm	
Sesión 3	Expresión de emociones de manera dinámica, para canalizar energía y estimular la creatividad.	14	15	16	17	18									10: 30 Am a 12: 30 Pm	
Sesión 4	Expresión de emociones de manera pasiva y práctica para el control de inquietud motora.	21	22	23	24	25									10: 30 Am a 12: 30 Pm	
Sesión 5	Identificación y desarrollo de habilidades motrices para una coordinación eficaz.	28	29	30	31										10: 30 Am a 12: 30 Pm	
Sesión 6 y 7	• Socialización e integración en grupo para desarrollar la comunicación.										4	5	6	7	8	8:00 a 10:00 Am

Anexo II

A continuación se presenta un scanner del cronograma general de sesiones realizadas.

Anexo III

A continuación se presenta un scanner del formato de las sesiones de musicoterapia realizadas.

SESIÓN DE MUSICOTERAPIA

Encargado _____

Número de sesión: _____ Horario: _____

Lugar y Fecha: _____

Instrucciones: A continuación tiene un formato para la planificación sistemática de cada sesión de musicoterapia.

- **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

Objetivo:			
Técnica:			
Actividades	Método	Herramientas	Tiempo

Anexo IV

A continuación se presenta un scanner del formato de la ficha de observación utilizada en las sesiones de musicoterapia realizadas.

FICHA DE OBSERVACIÓN Musicoterapia y Trastorno por hiperactividad

Ficha de observación de los criterios diagnósticos predominantes del trastorno por hiperactividad. Y de los avances terapéuticos en el niño en cada sesión de musicoterapia.

- **CONDUCTAS A OBSERVAR:**

- **H1:** Tiene excesiva inquietud motora.
- **H2:** Molesta frecuentemente a otros niños.
- **H3:** Exige inmediata satisfacción a sus demandas.
- **H4:** Se mueve constantemente, intranquilo.
- **H5:** Es impulsivo e irritante.

- **GRADO DE HIPERACTIVIDAD EN SESIÓN:** (Se colocará el grado de cada uno de los criterios de hiperactividad en los cuadros con la inicial H que aparece en la derecha, después de la culminación de la sesión).

Nada = 0 Poco = 1 Bastante = 2 Mucho = 3

- **PACIENTE**

Nombre:						Edad:
Nivel de Hiperactividad:						Grado:
Sesión	H1	H2	H3	H4	H5	Avances terapéuticos
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

8							
9							
10							

OBSERVACIONES


 f. Luis Nihno René López Escobar
 Estadista


 f. Mgr. Mónica Gabriela García de Fernández
 Especialista en el tema.


 f. Luis Raúl Arriola
 Revisor de fondo