

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



CENTRO DE POSGRADOS

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN
PSICOTERAPIA, COHORTE 2022**

Tema: “Musicoterapia y atención sostenida en niños”

Trabajo de Titulación, previo a la obtención del Título de Cuarto Nivel de Magister en
Psicología Clínica Mención Psicoterapia

Modalidad del Trabajo de Titulación: Proyecto de desarrollo

Autora: Psc. Edu. Adriana Belén Chacón Molina

Director: Psc. Cl. Fabricio Alejandro Vásquez de la Bandera Cabezas, Mg.

Ambato – Ecuador

2024

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud. El Tribunal receptor del Trabajo de Titulación, presidido por: Licenciada Mirian Ivonne Fernández Nieto Magister, e integrado por las señoras: Psicóloga Clínica Paola Silvana Valencia Medina Magister y Psicóloga Clínica Paulina del Roció Gordón Villalba Magister designadas por la Unidad Académica de Titulación del Centro de Posgrados de la Universidad Técnica de Ambato, para receptar el Trabajo de Titulación con el tema: “MUSICOTERAPIA Y ATENCIÓN SOSTENIDA EN NIÑOS” elaborado y presentado por la señorita Psc. Edu. Adriana Belén Chacón Molina, para optar por el Título de cuartónivel de Magíster en Psicología Clínica mención Psicoterapia; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación, el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

Lcda. Mirian Ivonne Fernández Nieto Mg.

Presidente y Miembro del Tribunal

Psi. Cli. Paola Silvana Valencia Medina Mg.

Miembro del Tribunal

Psi. Cli. Paulina del Roció Gordón Villalba Mg.

Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: Musicoterapia y atención sostenida en niños, le corresponde exclusivamente: Psc. Edu. Adriana Belén Chacón Molina, Autora bajo la Dirección de Psc. Cl. Fabricio Alejandro Vásquez de la Bandera Cabezas, Mg., director del Trabajo de Titulación, y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Psi. Edu. Adriana Belén Chacón Molina

C.C.: 0550067045

AUTORA

Psi. Cl. Fabricio Alejandro Vásquez de la Bandera Cabezas, Mg.

C.C.: 1803521754

DIRECTOR

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

Psi. Edu. Adriana Belén Chacón Molina
C.C.:0550067045

TABLA DE CONTENIDOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO	1
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA, COHORTE 2022.....	1
APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	2
AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	3
AUTORA	3
DERECHOS DE AUTOR.....	4
AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	11
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO CENTRO DE POSGRADOS	12
INFORMACIÓN GENERAL.....	12
RESUMEN EJECUTIVO	13
CAPÍTULO I	14
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1. Introducción.	14
1.2. Justificación.....	15
1.3. Objetivos	17
1.3.1. General.....	17
1.3.2. Específicos	17
CAPÍTULO II	18
MARCO TEORICO	18
2.1. Los niños de 8 y 9 años.	19
Tabla 1 Etapas del desarrollo infantil (niño de 8 y 9 años).....	19
2.2. Atención	21
Tabla 2: Características de la atención	21
2.3. Atención Sostenida.....	22

2.4. Test de CARAS-R.....	23
2.5. Música.....	24
2.6. Musicoterapia.....	24
2.7. Abordaje Plurimodal en Musicoterapia (APM),.....	26
2.8. Terapias de BENENZON.....	27
3. Tipo de investigación.....	29
CAPÍTULO III.....	29
MARCO METODOLÓGICO.....	29
3.1. Población o muestra	29
Criterios de inclusión.....	29
Criterios de exclusión.....	29
3.2. Hipótesis – pregunta científica – idea a defender	29
3.3. Aspectos éticos y de géneroConfidencialidad	30
Privacidad.....	30
Respeto a los derechos.....	30
Aspectos legales.	30
Conflicto de intereses	31
Inclusión a grupos vulnerables	31
3.4. Responsabilidades de la investigadora.....	31
3.5. Responsabilidades del participante	32
3.6. Recolección de información	33
El Test de CARAS-R evalúa aspectos de la atención	33
Las puntuaciones a calcular son las siguientes:	34
Tipos de medidas del CARAS-R.....	34
Interpretación de las puntuaciones.	34
Tabla 4: Criterios orientativos de clasificación de los eneatis del CARAS-R.....	35
La interpretación del CARAS se basará en las siguientes medidas:.....	35

Índice de control de la Impulsividad (ICI).	36
Tabla 5: Relación de las puntuaciones entre A - E y ICI.....	36
Aciertos (A) con relación a ICI.	36
Tabla 6: Relación entre ICI y numero de aciertos.	36
Tabla 7: Ejemplos Ilustrativos para interpretación de datos.....	38
3.7. Procesamiento para el análisis e interpretación de los resultados.....	38
CAPÍTULO IV	40
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	40
4. Resultados	40
Análisis de la evaluación de atención sostenida antes de la intervención en musicoterapia.	40
Tabla 1.....	40
Tabla 2.....	41
Tabla 3.....	42
Tabla 4.....	43
Análisis de la comparación de puntuaciones antes y después de la intervención en musicoterapia. ..	43
Tabla 5.....	44
Tabla 6.....	44
5. DISCUSIÓN	45
CAPÍTULO V	47
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA, ANEXOS.....	47
7. Recomendaciones.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	49
8. ANEXOS.....	52
Anexo 1. Autorización de la institución	52
Anexo 2. Consentimiento informado para padres.....	53
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOLECCIÓN, USO Y ALMACENAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE NIÑOS Y NIÑAS DE LA UNIDADEUCATIVA SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS.....	53

Nombre, dirección y teléfono del investigador principal:.....	53
1. ¿Por qué se realiza este estudio?.....	53
2. ¿Qué pasará si autorizo la participación de mi hijo o representado participa en este proyecto de investigación, luego de que firme este Consentimiento Informado?	53
3. ¿Qué riesgos podría tener mi hijo o representado si participa en la investigación?	54
4. ¿Cuánto tiempo le tomará a mi hijo o representado participar en este estudio?	54
6. ¿Me darán información sobre los resultados del estudio, aplicados a mi hijo o representado luego de su finalización?	54
7. ¿Qué gastos tendré si mi hijo/a o representado participa en el estudio?	55
8. ¿Qué pasará si mi hijo/a o representado sufre algún evento adverso mientras participa en el estudio?	55
10. ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de los datos de mi hijo o representado?	55
11. ¿Cómo, dónde y por cuánto tiempo se almacenarán los datos de mi hijo o representado?	55
12. ¿Mi hijo o representado puede ser retirado del estudio aún si yo no quisiera?	56
13. ¿Me pagarán por participar?	56
14. ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de los datos personales de mi hijo o representado? ¿Cómo harán para que su identidad no sea conocida?	56
15. ¿Quiénes tendrán acceso a los datos personales de mi hijo o representado?	56
Sobre el estudio:	56
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL.....	57
Firma del Representante Firma del Investigador	57
ASENTIMIENTO INFORMADO PARA NIÑOS	58
Anexo 3. Formulario de variables sociodemográficas.....	59
MUSICOTERAPIA Y ATENCIÓN SOSTENIDA EN NIÑOS.	59
Anexo 4. Test de CARAS-RInstrucciones	60
Anexo 5. Carta de responsabilidad de la investigadora	63
CAPÍTULO VI.....	65
PROPUESTA	65

6. Título.....	65
6.1. Descripción	65
6.2.1 Descripción de beneficiarios y recursos	65
6.2.1.2. Recursos	65
6.3 Desarrollo de la propuesta	66
6.4. Plan de contingencia.....	70
6.4.1 Objetivo.....	70
6.4.2 Identificación de riesgos.....	70
6.4.3. Comunicación de la contingencia.....	70
6.4.4. Recursos de emergencia	71

AGRADECIMIENTO

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que contribuyeron de alguna manera a la realización de este proyecto.

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres Aida y Armando por su amor, comprensión y el sacrificio que ha hecho para que pudiera estudiar, por enseñarme que con esfuerzo y sacrificio logras llegar a la meta.

También quiero agradecer a mis hermanos, a la familia de mi novio por siempre tener las palabras correctas y creer en mí, a mis amigas por todo el apoyo y motivación que he recibido de ellas, en especial a Jérica Abata por aportar a este trabajo.

Agradezco sinceramente a la Dra. Aida Aguilar que con sus conocimientos, orientación y paciencia me ayudaron a cumplir con esta investigación y sobre todo a soñar en cosas más grandes.

A mi tutor de tesis Psi. Fabricio Vásquez de la Bandera por su orientación experta y su apoyo.

Al Psi. Diego Mayorga por su ayuda e impulso constante en este proceso y no dejar que bote este sueño y lograr este objetivo.

No puedo dejar de mencionar a mi novio Kevin por acompañarme en este camino, por motivarme en los momentos difíciles, enseñarme a ser perseverante y disciplinada.

Finalmente, quiero expresar mi gratitud a todas las personas que participaron en esta investigación, ya sea proporcionando datos, participando en entrevistas o simplemente brindando su tiempo y experiencia. Sin su colaboración, este trabajo no habría sido posible.

DEDICATORIA

Este trabajo se la dedico principalmente a Dios que me ha dado todos los días fuerzas, entendimiento y sabiduría para llegar a donde estoy.

A mis ángeles en el cielo a Klever mi hermano que se está orgulloso de todo lo que he logrado, gracias por enseñarme que a pesar de lo difícil que a veces son las cosas siempre hay que ponerle una sonrisa.

A mi sobrino David, que con su inocencia me enseñó que la vida es solo una y hay que disfrutarla, fue mi primer sobrino y con el que compartí mi niñez.

A mis abuelitos Emperatriz y Olmedo porque aprendí de ellos a trabajar duro, por que creyeron en mí y hasta sus últimos días pensaron en dejarme una enseñanza para estudiar.

Agradezco a mi determinación y fuerza interna las que me han guiado y motivado a alcanzar este logro académico, porque, aunque a veces quise dejar todo tirado, seguí adelante, incluso en los momentos más desafiantes.

Finalmente, me lo dedicó a mí por mi esfuerzo y dedicación, a lo largo de este arduo camino de investigación y aprendizaje. Cada paso dado y cada obstáculo superado, ha sido gracias a todo lo aprendido a lo largo de mi vida. Espero mi niña interior se sienta orgullosa de lo que he construido y soy ahora.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
CENTRO DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA
COHORTE 2022

INFORMACIÓN GENERAL

TEMA: “MUSICOTERAPIA Y ATENCIÓN SOSTENIDA EN NIÑOS”

MODALIDAD DE TITULACIÓN: Proyecto de Desarrollo

AUTOR: Adriana Belén Chacón Molina

Grado académico: Psicóloga Educativa y Orientadora Vocacional

Correo electrónico: adrychaconmolina@gmail.com

DIRECTOR: Psi. Cl. Fabricio Alejandro Vásquez de la Bandera Cabezas, Mg.

LINEA DE INVESTIGACIÓN: Atención basada en la comunidad

RESUMEN EJECUTIVO

El principal objetivo de la investigación es estudiar la aplicación de técnicas de Musicoterapia como intervención en niños neurotípicos. Esta intervención se plantea como una forma de contribuir a mejorar la atención sostenida en niños y niñas, ya que esta es crucial para el rendimiento académico y el desarrollo cognitivo en la infancia.

La musicoterapia se ha reconocido como una herramienta terapéutica que puede contribuir a mejorar la capacidad de atención de los niños al incluir estrategias específicas en las sesiones de musicoterapia. Por esta razón, el presente estudio tiene como objetivo aplicar técnicas basadas en musicoterapia para mejorar la atención sostenida en niños, en una muestra compuesta por 30 niños. La investigación tiene un enfoque cuantitativo y un diseño prospectivo con estudio de intervención psicoterapéutica. Se utilizó el Test de CARAS-R para evaluar el nivel de atención, concentración e impulsividad, antes de la intervención y posterior a la intervención con técnicas musicoterapéuticas.

En el pre-test se evidencio que la mayoría, es decir el 66.6% reporta puntuación de ineficaz e impulsivo, mientras que el 33.4% eficaz e impulsivo. Sobre el nivel de concentración, el 83.3% es impulsivo y el 16.7% combinado.

Posterior a la intervención musicoterapéutica se identifica que la mayoría, es decir el 46.7% reporta puntuación de ineficaz e impulsivo, mientras que el 36.7% eficaz e impulsivo. Además, se observa que un 16.6% puntúa como eficaz y no impulsivo.

En cuanto al nivel de concentración, el 80% es impulsivo, el 3.3% combinado y un 16.7% presenta rendimiento normal.

Los resultados respaldan que las técnicas musicoterapéuticas mejorar la atención sostenida en niños.

DESCRIPTORES: ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN, DESEMPEÑO ATENCIONAL, MUSICOTERAPIA, NIÑOS, TERAPIA MUSICAL.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Introducción.

La atención sostenida es una función cognitiva de gran importancia, que permite mantener la concentración en una determinada tarea durante un periodo prolongado, ignorando distracciones externas y resistiendo la tentación de cambiar de tarea, constituyendo un elemento fundamental en el desarrollo cognitivo y académico de los niños, por esta razón es importante estimular, desarrollar y fortalecer la atención sostenida en la niñez, por la maleabilidad que tiene, a través de varios entrenamientos cognitivos, ya que esta atención en la infancia juega un papel importante para la memoria, el aprendizaje y el desarrollo general. En la actualidad se ha podido observar que existe un aumento en los desafíos relacionados con la atención y concentración en niños en el entorno escolar. Varios estudios han revelado un aumento significativo con dificultades para mantener la atención durante periodos prolongados de tiempo, distracción fácil, impulsividad y a su vez dificultad para seguir órdenes (Vieites, 2019). Esto se atribuye a muchos factores, como; el estrés, ambientes no favorables, inadecuados horarios de sueño, alimentación poco saludable, experiencias traumáticas y una en particular que se ha observado en las últimas décadas, el uso de la tecnología y las pantallas (Cortés et al., 2022). Haciendo que los niños sobrecarguen su atención y disminuyan su concentración en sus actividades enfocadas al estudio, así también como en sus rutinas diarias.

En la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús se ha podido observar que los niños y niñas años tienen dificultad en la atención sostenida, ya que sus periodos de atención son acortados y esto genera dificultades en el aprendizaje significativo y bajo rendimiento académico, por lo que los docentes han hecho un llamado a toda la comunidad educativa, para abordar este tema de gran importancia y poder aplicar herramientas que permitan mejorar la atención sostenida.

Por ello la presente investigación se enfoca en los niños de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús, en la cual ha identificado bajos niveles de atención y concentración en las aulas de clase, con la finalidad intervenir de manera eficaz en el fortalecimiento de la atención sostenida en niños, a través de técnicas de musicoterapia como una herramienta terapéutica,

que utiliza la música para potenciar la atención sostenida en niños y estimular diversas áreas del cerebro. En este sentido la musicoterapia utilizada en la clínica y basada en la evidencia de la música, la convierte en un recurso invaluable en el tratamiento de dificultades relacionadas con la atención en niños. Puesto que en la mayoría de casos el déficit atencional supone una disfunción generalizada en uno o más de los mecanismos de amplitud, intensidad, oscilamiento y control propio de la actividad atencional (Islands, 2016)

Por lo tanto, la atención sostenida en la niñez y la musicoterapia están interconectadas por la música para influir de manera positiva en la atención y concentración, por esta razón la musicoterapia ha sido considerada una técnica de primer orden, en donde la utilización de los principales elementos de la musicoterapia, se adaptan a las necesidades individuales de cada niño, proporcionando un enfoque personalizado que aborda sus desafíos específicos, con beneficios concretos, medibles y razonables que mejoren la atención, la concentración de los niños y a la vez estimule la fijación de nuevos contenidos, utilizando elementos musicales como ritmo, melodía y armonía para crear experiencias sensoriales que pueden tener un impacto significativo en la concentración, la memoria y la coordinación. (González Huertas & Fernández Company, 2019)

Finalmente, por medio de esta investigación se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Es eficiente la musicoterapia para mejorar la atención sostenida en niños de 8 y 9 años de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús?

1.2. Justificación.

En la actualidad, existe un alto índice de niños y niñas con problemas atencionales y de concentración, que no llega a ser un trastorno, pero que si repercute en el desarrollo cognitivo y por lo tanto su desempeño académico, por lo cual es útil realizar un estudio que permita que los niños que tengan ciertas dificultades con la atención puedan fortalecerla aplicando técnicas de musicoterapia, ya que varios estudios han demostrado que la utilización de la música, estimula el cerebro de los niños y promueve el desarrollo de habilidades cognitivas entre ellas la atención.

Por esta razón, la investigación es valiosa, porque brinda técnicas musicoterapéuticas que contribuyen al fortalecimiento de la atención sostenida en niños de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús, en donde se promueven el interés por la música, ya que ellos

poseen una capacidad natural para expresarse musicalmente debido a sus experiencias sonoras desarrolladas a lo largo de su vida.

De esta manera la musicoterapia fortalece la atención sostenida en niños, puesto que tiene un enfoque terapéutico en donde se utiliza la música y sus elementos para tratar las necesidades cognitivas. Así cuando se aplica, la musicoterapia puede desempeñar un papel significativo, ya que utiliza una metodología para motivar, estimular y mejora la atención sostenida, que se refiere a la capacidad de mantener la concentración en una tarea específica durante un período de tiempo prolongado (Delgado, 2021).

Según el Art. 11 de la Ley Orgánica de Salud del Ecuador “los programas de estudio que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el auto cuidado, la igualdad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger la salud y el ambiente, y desestimulen y prevengan conductas nocivas” (MSP, 2015). Por tal razón la aplicación de técnicas de musicoterapia en la atención sostenida, es de gran importancia, pues se aborda las necesidades de salud mental y cognitiva en la infancia, representando una oportunidad para enriquecer las prácticas de intervención pediátricas y promover el bienestar integral de la población infantil.

Por lo antes mencionado, la investigación tiene como beneficiarios directos a niños de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús; mientras que los beneficiarios indirectos son los padres y el ámbito social o educativo que rodean a los niños. Por otro lado, la investigación fue novedosa pues la problemática de detectar a niños con ciertas dificultades en la atención requirió gran esfuerzo, para posteriormente dar solución.

Del mismo modo, la investigación otorgará un aporte teórico, científico y práctico para ser utilizado y replicado, en caso de que se considere pertinente, en futuros estudios acerca del tema investigado. Por tal motivo, los resultados obtenidos en la investigación serán publicados y reposarán en el repositorio digital de la Universidad Técnica de Ambato, para que pueda contribuir a futuros estudios sobre la atención sostenida en niños. Además, esta investigación ayudara a optimizar el proceso de enseñanza dentro de las aulas y perfeccionar la forma de impartir clases a los niños y niñas.

Para finalizar, es importante mencionar que el presente proyecto se justifica porque se encuentra adscrito a línea de investigación de la Universidad Técnica de Ambato, en el programade Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia, en la sub-línea de atención basada en la comunidad.

1.3. Objetivos

1.3.1. General

Determinar la eficiencia de la musicoterapia para mejorar la atención sostenida en niños de 8 y 9 años de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús.

1.3.2. Específicos

1. Evaluar la atención sostenida pre-intervención con el Test de CARAS-R en niños de 8 a 9 años de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús.
2. Implementar un programa de intervención basado en técnicas activas de musicoterapia, para los niños de 8 a 9 años.
3. Evaluar la atención sostenida post-intervención con el Test de CARAS-R en niños de 8 a 9 años de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús.
4. Comparar los cambios en la atención sostenida antes y después de la aplicación de técnicas musicoterapéuticas.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2. Antecedentes investigativos.

La musicoterapia se ha convertido en un método reconocido y beneficios, puesto que combina una riqueza sensorial con un efecto neurobiológico a través de la música y esto ofrece un enfoque integral para logra objetivos terapéuticos en el ámbito de la salud mental y física. Esto aplicado a la infancia ha sido una herramienta eficaz para para abordar dificultades de atención y concentración.

Por esta razón se encontraron numerosas referencias de estudios científicos en los contextos nacionales e internacionales asociados con las variables de estudio, teniendo a los siguientes:

La influencia de la musicoterapia ha sido reconocida como una herramienta poderosa que puede influir significativamente en el desarrollo de los niños tanto cognitivo como emocional, es efectiva para mejorar la concentración en los mismo y desarrollo personal, a nivel cognitivo es muy importante, ya que abarca una amplia gama de procesos mentales y habilidades cognitivas, una de ellas la atención y concentración en donde a través de la música se proporcionan estímulos auditivos llamativos y estructurados (Vásquez de la Bandera. F,2021), para de esta manera mantener la atención sostenida en niños se utiliza el ritmo, melodía y armonía esto hace que el niño se relaje y pueda mantener la atención y concentración, siguiendo órdenes.

Por otro lado, a nivel nacional se encuentra la investigación de (Mero & Bolívar, 2022) “La Música como aporte estratégico en el desarrollo Socioemocional de los niños con TEA en la subdirección PCA en Manta” cuyo objetivo fue determinar de qué forma influye la música en el desarrollo socioemocional de los niños y niñas con espectro autista TEA. Para ello, utilizaron una metodología de tipo estudio de caso con un participante de 12 años. Los autores hallaron mediante la musicoterapia se logra obtener un avance muy eficiente, en el mejoramiento de conducta del estudiante, mismo que demostró poder seguir instrucciones, tener una mirada más centrada y una mayor interacción emocional. Los autores concluyen que, la música es un enfoque valioso y relevante para los niños con discapacidad, mejora de la concentración y la atención, un impulso que los niños obtienen con la práctica musical que les permiten disfrutar de actividades musicales y así desarrollar la autonomía, autoestima y aumento del nivel de convivencia.

Además, (Naranjo, 2020) en su investigación “Dispositivo musical armable para el desarrollo de la atención en niños de 5 años “se planteó como objetivo determinar de qué forma influye la

implementación del dispositivo musical armable en el desarrollo de la atención en niños de 5 año.

Para ello, el autor utilizo una metodología de tipo analítico y diseño prospectivo de enfoque cuantitativo. como resultado el autor determino que el uso de musicoterapia ayuda a mejorar la atención, hace que las actividades aplicadas a los niños sean más fáciles de entender, ya que, los niños y niñas al percibir un sonido, este automáticamente capta su atención y concentración. El autor concluye que el uso de musicoterapia es importante en niños y niñas que presentan inatención debido a que influye de forma positiva para mejorar y potenciar el aprendizaje y el desarrollo del pensamiento.

2.1. Los niños de 8 y 9 años.

La definición social del niño como sujeto cultural independiente se profundiza constantemente y su actividad espontánea crea las condiciones previas para su desarrollo multifacético, ello, por la invención y desarrollo de la pedagogía, por las actividades de diversos "agentes" educativos, incluidos padres, profesores, consejeros y pedagogos, y por las actividades de escritores, artistas, psicólogos y psicopedagogos. (Salazar, 2018).

(Fernández, 2022) menciona que la niñez es una construcción social con ciertas características, es un concepto dinámico en un sistema de relaciones determinadas por diferentes marcos. Se debe tener en cuenta la perspectiva del adulto, diferencias de género, sociales, económicas, geográficas, orientación laboral de los padres, tipo de familia, orientación cultural, momentos históricos, etc.

Por otra parte, el desarrollo físico entre los 6 y 12 años es importante, ya que la estructura corporal cambia, aumenta la masa muscular, los huesos se fortalecen y el niño es capaz de realizar actividades físicas que requieren mayor fuerza y flexibilidad (Moreira et al., 2021). Durante su etapa escolar comienzan a leer y escribir porque no sólo cuentan con todos los recursos físicos y cognitivos necesarios para hacerlo, sino que también tienen interés en estas áreas de aprendizaje. Por este motivo, en muchos países del mundo no se enseña a leer y escribir hasta los seis años (Suárez & Vélez, 2018). Las etapas del desarrollo del infante se clasifican en cinco áreas principales: crecimiento físico, desarrollo cognitivo, desarrollo afectivo y social, desarrollo del lenguaje y desarrollo sensorial y motor (Edwards, 2018a), tal como se presenta a continuación en la tabla 1.

Tabla 1 Etapas del desarrollo infantil (niño de 8 y 9 años)

Etapas	Características
<i>Crecimiento y desarrollo físico</i>	Crecimiento aproximado de 2.5 pulgadas (6 cm) y aumento alrededor de 7 libras (3 kg) en peso en un año. Sus brazos y piernas pueden parecer demasiado largos en proporción a su cuerpo.

		Pierden alrededor de cuatro órganos dentales de leche por año, mismos, que son reemplazados por dientes permanentes.
Pensamiento razonamiento	y	Pueden contar de dos en dos (2, 4, 6, 8, etc.) y de 5 en 5 (5, 10, 15, 20, etc.). Pueden ubicar el día de la semana. Habitualmente no conocen la fecha entera ni el año. Pueden leer oraciones simples. Pueden completar operaciones de sumas y restas sencillas de una sola cifra (como $1 + 8$, $7 + 5$, $6 - 2$, $4 - 3$). Suelen diferenciar entre izquierda y derecha.
Desarrollo social	afectivo y	Gozan pasar tiempo con sus amigos. Las opiniones de los cuales se vuelven mucho más importantes. Y esta puede convertirse una preocupación. Obtienen un sentido de la seguridad por ser parte regularmente de actividades grupales. Poseen más probabilidades de acatar reglas que ellos ayudan a diseñar.
Desarrollo del lenguaje		Su habla está bien desarrollada y pueden usar gramática adecuadamente gran parte del tiempo. Se sienten atraídos por leer libros. Para ciertos infantes, es su actividad preferida. Aun se esfuerzan con la ortografía y la gramática durante su trabajo escrito. Este aspecto del desarrollo del lenguaje no es tan avanzado como el habla oral.
Desarrollo motor	sensorial y	Pueden atarse los cordones de los zapatos. Pueden dibujar un rombo. Dibujan una persona con 16 rasgos. Se vuelven cada vez más habilidosos en pasatiempos, deportes y juegos activos

Fuente: Adaptado de (Edwards, 2018b).

2.2. Atención

Hoy en día, los desafíos actuales en materia de atención integral a la niñez están íntimamente concernientes con la efectividad en la garantía de los derechos de este grupo, por lo que los países y sus instituciones se ven obligados a revisar y adaptar constantemente sus políticas y programas dirigidos a la educación, la protección y el cuidado. el niño y la niña más pequeños (Vanegas et al., 2021).

Por otra parte, la calidad de la interacción de un niño con sus padres también afecta el desarrollo del cerebro. Esto significa que los padres y madres, así como los responsables del cuidado y educación de los niños, crean experiencias significativas, es decir, acciones enriquecedoras que mejoran sus capacidades y destrezas. Si se ignoran los aspectos que se muestran en la imagen en los primeros tres años de vida, el crecimiento general tanto durante el periodo de educación primero como durante la vida se verá afectado (Leon, 2019a).

La atención de infantes de entre 0 y 5 años debe tener como objetivo mejorar y fortalecer sus capacidades y destrezas para garantizar un mejor desempeño a lo largo de la vida, por lo que, es importante entender que el desarrollo integral de un niño incluye el desarrollo físico, el lenguaje, las habilidades cognitivas, sociales y emocionales, etc. Lo cual, necesita de condiciones sociales, económicas y políticas que promuevan una nutrición, salud, seguridad, salvaguardia y aprendizaje anticipado adecuados (Leon, 2019b).

Además, se denomina atención a un mecanismo directamente implicado en la activación y operación de procesos y/o acciones en la selección, distribución y mantenimiento de las actividades mentales. Entonces, según esta definición, el mecanismo de atención funcionará (Villarroig & Muiños, 2018a): El proceso de selección, porque ante la presencia de varios estímulos se debe centrar la atención en uno solo de ellos, seleccionar el estímulo correspondiente y suprimir otros estímulos que no son informativos y actúan como distractores.

Proceso de asignación cuando se deben procesar varios estímulos simultáneamente.

Mantener o apoyar procesos porque algunas situaciones requieren concentración sostenida durante largos períodos de tiempo.

Tabla 2: Características de la atención

Características	Definición
Amplitud atencional (SPAN).	El concepto de capacidad de atención se refiere al número de estímulos que se puede percibir y ser conscientes al mismo tiempo, debido a que la atención no es infinita, su capacidad es limitada, por

	lo que se puede percibir varios estímulos al mismo tiempo, pero al realizar tareas, deben realizarse simultáneamente, más de dos simultáneamente es difícil, aunque siempre depende de la complejidad de la tarea, la práctica de cada persona y el nivel de automatización.
Oscilamientos de la atención.	Esta característica se refiere a los cambios que podemos realizar en el foco de nuestra atención, es decir, la fluctuación de la atención, porque no permanece fija y quieta, centrándose siempre en un estímulo o fuente de información, esta flexibilidad de la atención le permite muévete y muévete. Los cambios de un estímulo a otro se llaman oscilaciones.
Intensidad y esfuerzo mental.	Las actividades que necesitan de un esfuerzo mental deben realizarse con concentración porque requieren atención a una gran cantidad de información, lo que se define como capacidad de atención.
Selectividad.	Se caracteriza porque no se tienen en cuenta todos los estímulos, sino que debido a su amplitud y capacidad de atención limitada se seleccionan los más adecuados para la tarea en cuestión.
Control.	Esta función es una de las más importantes porque el mecanismo atencional cumple la función de controlar la atención cuando realizamos tareas (Tudela 1992), ya que nos permite desviar nuestra atención nuevamente al estímulo principal si estamos distraídos. Suprimir los estímulos que distraen nos permite controlar las fluctuaciones atencionales cuando es necesario y nos ayuda a seleccionar los objetos en los que centramos nuestra atención.

Fuente: Adaptado de (Villarroig & Muiños, 2018b)

2.3. Atención Sostenida

La atención sostenida se refiere a la capacidad de una persona para “poner en marcha los procesos y mecanismos de los cuales el organismo es capaz de mantener el foco atencional y permanecer alerta ante la presencia de determinados estímulos distractores” (Crespo-Eguílaz et al., 2006a). Por esta razón es de gran importancia saber que, para los estudiantes, esta habilidad es la base del aprendizaje y el rendimiento académico.

La atención se define como una concentración sostenida de la atención durante un largo período de tiempo ante una tarea determinada, dando como resultado un procesamiento óptimo de la información. (Ramos-Galarza et al., 2016). Una de las principales características de la atención sostenida es una mayor vigilancia o excitación y estado de alerta, pero en presencia de estímulos que distraen, el nivel o intensidad de la atención disminuirá hasta completar la tarea.

El proceso de atención sostenida se refiere a la capacidad de un individuo para prestar atención a estímulos específicos durante largos períodos de tiempo e ignorar estímulos irrelevantes, la atención sostenida está influenciada por diversas variables que permiten agruparlas en tres dimensiones: biológica (por edad, género y sueño), psicológica (inteligencia, agresión, oposición, hiperactividad, ansiedad y reacciones emocionales) y social (entorno familiar y nivel socioeconómico) (Flores et al., 2018).

Por ellos es importante evaluar la atención que consta de varios mecanismos “Estos submecanismos estarían implicados en la selección del foco atencional (atención focalizada), en el mantenimiento de la misma durante un tiempo determinado (atención sostenida) y en el movimiento del foco atencional de un estímulo a otro nuevo (alternancia atencional)” (Ison. M & Anta. F, 2006). Por lo que esto implica usar varios instrumentos diseñados concretamente para medir niveles o distintos aspectos de la atención, como lo es el Test de Atención Dividida (Dual Tasking), Test de Stroop, Test de Dígitos Directos e Inversos, Test de CARAS-R, entre otros estas son las más comunes y usadas para evaluar la atención. Es muy importante seleccionar una prueba adecuada en función del objetivo que se va a evaluar y las características para quien está dirigido. Al mismo tiempo es fundamental interpretar de manera correcta los resultados, tomando en cuenta factores como la motivación, las emociones y el desarrollo del individuo.

2.4. Test de CARAS-R

El test de percepción de diferencias CARAS-R “fue elaborado por L.L. Thurstone y T.G. Thurstone (1941) y tiene su origen en los estudios sobre la estructura factorial de la inteligencia. Posteriormente fue adaptado al español por Yela. Este instrumento consiste en pruebas de discriminación perceptual elaboradas para que el sujeto detecte semejanzas o diferencias. Consta de 60 elementos gráficos, cada uno de ellos está formado por tres dibujos esquemáticos de caras con la boca, ojos, cejas y pelo representados con trozos elementales. Dos de las caras son iguales y la tarea consiste en determinar cuál es la diferente y tacharla, el tiempo de aplicación es de 3 minutos, su aplicación va desde los niños de 6 años hasta los 18 años” (Thurstone & Yela, 2012). Este test es una herramienta diseñada

especialmente para evaluar la capacidad de percepción especialmente para niños y adolescentes, en donde evalúa la capacidad que tiene para percibir y discriminar diferencias, así como niveles de atención, concentración e impulsividad.

Además, este test presenta ventajas porque es fácil para la comprensión, ya que tiene imágenes que hace que sea llamativo, su rango de edad va desde los 6 años hasta la adultez, su duración no es extensa, así los niños no se cansan para responder y puede ser aplicada de manera individual o colectiva.

2.5. Música.

La música es una de las formas de expresión creativas más íntimas, porque forma parte de las actividades cotidianas de cualquier grupo de personas, ya sea por placer estético o funcional y social, al mismo tiempo, nos identifica como seres, grupos y culturas, y por nuestra Identidad arraigada en nuestra ubicación geográfica y época histórica, por lo tanto, se la puede considerar como un aspecto innegable e irremplazable de la naturaleza humana que define quiénes somos (Rubio et al., 2019).

La música brinda la oportunidad de estar cerca del pasado y experimentarlo simbólicamente, por lo que, participar en actividades musicales colectivas permite a los individuos sentirse parte de una identidad grupal y sentirse seguros y protegidos, importantes, necesarios y aceptados en un ambiente seguro como uno de ellos. Por ello, utilizando el efecto cinestésico de la música, los individuos pueden recordar, reconocer y volver a construir su pasado a partir de una perspectiva presente, absorber simbólicamente los eventos y experiencias que han experimentado y revisar y reflexionar sobre su significado (Parejo et al., 2020).

Además, aunque ahora está científicamente demostrado que el uso de la música puede moldear y cambiar las relaciones interpersonales y ayudar a las personas a adaptarse a los espacios grupales, también se ha demostrado que, si los contenidos, procedimientos, etc. se sistematiza teóricamente para incluir técnicas musicales utilizadas con procesos y métodos de psicodrama, las consecuencias serán más graves (Veloz et al., 2022).

2.6. Musicoterapia.

El Comité de Práctica Clínica de la Federación Mundial de Musicoterapia define la musicoterapia como el uso de la música y sus compendios como el sonido, la melodía, el ritmo y la armonía, con pacientes o grupos para facilitar y facilitar la expresión, la instrucción y el movimiento con fines terapéuticos, al mismo tiempo, que satisface necesidades físicas, emocionales, psicológicas, sociales y cognitivas (Hernández, 2021).

Por otro lado, la Asociación Británica de Musicoterapia la define como el uso de la música como base

para la comunicación entre paciente y terapeuta, mientras que la Asociación Americana de Musicoterapia afirma que es un grupo dedicado al tratamiento médico para abordar necesidades sociales, cognitivas y emocionales y profesionales en las áreas físicas, mejora de la memoria, calidad de vida, promoción de la salud, manejo del estrés, dolor. alivio, mejorado. comunicación. y promover la curación (Avilés, 2023).

Conjuntamente, la musicoterapia es una terapia alternativa que utiliza la música y sus elementos para mejorar la calidad de vida de una persona, ya sea social, física, emocional o intelectual., este método, se puede utilizar en hospitales, sanatorios, centros de rehabilitación y centros educativos, principalmente para niños de alto riesgo y niños con discapacidad, ya que, la música puede ayudar a neutralizar los efectos de la epilepsia, el dolor, la ansiedad, la recuperación y proporcionar equilibrio sensorial (Castro et al., 2023).

Todo ello, gracias que la música tiene funciones importantes para las personas, influyendo en el comportamiento y las condiciones del desarrollo humano a nivel individual y grupal, sirviendo como medio de socialización e integración de comportamientos correctos, utilizando la música como habilidad de control no verbal y la intervención como técnica conductual, creando una conducta adaptativa basada en el desarrollo humano y la mejora de una mayor complejidad cerebral y desarrollo sensorial (Avilés, 2023).

Por otra parte, la musicoterapia es una disciplina eficaz para educadores, catedráticos, psicólogos y médicos, debido, a que es un proceso de intervención que persigue objetivos específicos y planificados. Además, consta de valoración, terapia y tratamiento, lo que requiere la implicación de la música y del terapeuta (Hernández, 2021).

Asimismo, quienes aplican la musicoterapia deben participar activamente en la lucha contra las barreras comunicativas existentes, exponiendo al niño a sus obstáculos y combatiéndolos. Esta técnica se puede utilizar en el aula para abordar discapacidades físicas, sensoriales y mentales, neurosis, parálisis cerebral, psicosis, autismo, marginación e inadaptación, problemas de conducta, relajación y desarrollo personal, y cuestiones familiares (Hernández, 2021b). Se pueden distinguir tres formas de desarrollar la musicoterapia en el aula:

- **Activa:** Los niños y niñas juegan, cantan y manipulan instrumentos u otros objetos.
- **Receptiva:** los niños y niñas escuchan.
- **Receptivo-activa interdisciplinar:** en forma de apoyo a otras actividades (expresión corporal, dibujo, modelado...)

Los beneficios de la musicoterapia como una experiencia gratificante ayudan a reducir la ansiedad

ante los exámenes, mejorar la concentración y el rendimiento académico e iniciar una carrera fortaleciendo las bases de la autoestima y el liderazgo. Las oportunidades profesionales son amplias y los estudiantes desarrollan una mente crítica y reflexiva (Tejada et al., 2022).

Además, la musicoterapia científica es una técnica terapéutica nueva que ha despertado un interés cada vez mayor por parte de la comunidad científica. Se utiliza en la industria de la salud para pacientes sometidos a procedimientos mínimamente invasivos para aliviar el dolor, prevenir, restaurar y mejorar la salud física y mental de las personas (Vásquez & Chunga, 2022).

2.7. Abordaje Plurimodal en Musicoterapia (APM),

APM considera a la persona como una unidad biopsicosocial. En esta visión, las personas no pueden estudiarse únicamente a partir del modelo biomédico clásico, porque la salud también incluye aspectos de la psicología humana y la interacción social (Navarro, 2018a).

Para que APM intervenga, los individuos deben ser vistos en su especificidad y sus aspectos personales pasarán a formar parte de un proceso metodológico. Esto favorece comprender que cualquier cambio en una persona se expresará no solo a través del cuerpo, sino también a través de su postura, ojos, gritos, gestos, etc. (Tomalá, 2017).

(Navarro, 2018) menciona que en las técnicas que usa el APM se crean dos ejes:

- a) **Improvisaciones musicales terapéuticas en el APM:** A través de esta técnica, la creación espontánea de música intenta entrar en el cuerpo del paciente para que la música pueda ser utilizada para tratar los problemas que le afligen. Este modelo identifica dos tipos de improvisación musical terapéutica.
 - **Referencia:** Desarrollar estándares para definir la tecnología.
 - **Unreferenced:** improvisación libre que es principalmente exploratoria.
- b) **Trabajo con canciones:** Mediante canciones se puede decirnos algo a nosotros mismos, por ello en la musicoterapia se considera como una herramienta que favorece formar pensamientos, sentimientos o emociones, al mismo tiempo que nos proporciona una visión de las impresiones, emociones y pensamientos, para que su surgimiento esté en el horizonte, mediante la expresión verbal de la conciencia. Todo ello facilita la creación de asociaciones a través de canciones.

Además, (Tomalá, 2017) menciona que en el APM se suponen un promedio de 5 formas para trabajar con canciones:

- **Creación:** Se trata de generar el espacio entre el paciente y el musicoterapeuta para crear una canción.

- **Canto Conjunto:** Se trata del momento del proceso musicoterapéutico para invitar al paciente a expresarse vocalmente.
- **Inducción evocativa consciente:** Donde se le pide al paciente que busque en su historia sonora o musical, una o varias canciones relativas al tema que se está trabajando.
- **Inducción evocativa inconsciente:** Puede ser que el paciente asocie de forma repentina o inesperada canción.
- **Improvisación:** Permite al paciente conectarse con recuerdos, imágenes, sensaciones que irrumpen en el espacio musicoterapéutico sin represión.

2.8. Terapias de BENENZON

Se puede definir la terapia de Benenzon como la aplicación científica del sonido, la música y el movimiento para conseguir un entrenamiento auditivo integrando aspectos cognitivos, emocionales y motores, y con ello fomentar la comunicación, la expresión personal y la integración grupal y social (Garrote et al., 2018).

La Terapia No Verbal Benenzon permite a los terapeutas experimentar una adaptación, flexibilidad y fluidez continuas, permitiéndoles moverse y cambiar, lo que resulta en una constante deconstrucción y estructuración, como una espiral o una tira de Moebius. En todos estos estados, la palabra no tiene significado, ya que, esta terapia refuerza el concepto de que sólo lo no verbal puede mejorar la calidad de vida de la persona que recibe la terapia (De la Vega, 2020).

Esta terapia se ha utilizado para el autismo y otras enfermedades que se manifiestan como trastornos psiquiátricos, trastornos sensoriales, trastornos del movimiento, trastornos de la comunicación, afasia y pérdida de audición, así como para pacientes con enfermedad de Alzheimer y demencia, pacientes en coma, pacientes terminales y pacientes crónicos. Para pacientes que padecen adicciones (drogas, tabaco, alcohol), trastornos mentales, enfermedades psicosomáticas y trastornos alimentarios (Benenzon, 2023)

Conjuntamente, el hecho de que el enfoque terapéutico de Rolando O. Benenzón incluya modalidades no verbales tiene muchas ventajas en varias áreas diferentes (Machín & Padilla, 2020), se puede hablar de:

- **Efectos terapéuticos:** Para comprender los efectos del tratamiento, primero hay que entender qué es un estereotipo o quiste de comunicación. Ocurren por la falta de comunicación entre dos personas o un grupo de personas. Ante este problema, la musicoterapia podrá utilizar diferentes métodos para solucionar este problema y crear un nuevo sistema de comunicación, no obstante, se necesita tiempo y medidas terapéuticas para lograrlo (Machín & Padilla,

2020b).

- **Efecto psicoprofiláctico:** Este efecto puede tener un impacto positivo o negativo en un individuo dependiendo de las experiencias vividas durante el período prenatal, desde la concepción hasta el nacimiento. Es aquí donde se utiliza la musicoterapia para reducir los efectos negativos que pueden ocurrir durante esta etapa del embarazo (Machín & Padilla, 2020).
- **Efecto de rehabilitación:** Este efecto se logra debido a que puede funcionar en un contexto no verbal. Por ello, siempre es posible adaptar herramientas y realizar terapia con un niño o niña aislado intentando establecer una línea de comunicación entre ellos (Machín & Padilla, 2020).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3. Tipo de investigación

La presente investigación tuvo un diseño prospectivo, porque se involucró observar y medir a lo largo del tiempo acontecimientos o cambios en la atención sostenida a partir de la aplicación de musicoterapia, tuvo un enfoque cuantitativo ya que midió la atención sostenida en niños, con pre intervención y post intervención, fue un estudio de tipo cuasi-experimental, porque se aplicó técnicas de musicoterapia en niños con el objetivo de fortalecer la atención sostenida (Hernández-Sampieri et al., 2018)

3.1. Población o muestra

La investigación contó con una población conformada por niños y niñas que cursan el 4to y 5to grado de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús. La muestra se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que esta muestra asiste al mismo horario y es una opción viable para la aplicación de técnicas de musicoterapia. En total, se contó con 30 participantes, seleccionados bajo los criterios de inclusión y exclusión que se describe a continuación:

Criterios de inclusión

- Niños y niñas que asisten a la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús.
- Niños y niñas que sus representantes hayan firmado el consentimiento informado.
- Niños y niñas que tengan 8 y 9 años

Criterios de exclusión

- Niños y niñas con Necesidades Educativas Especiales (NEE)
- Niños y niñas diagnosticados con Trastorno de Déficit de Atención (TDA) y Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

3.2. Hipótesis – pregunta científica – idea a defender

Hipótesis nula: La musicoterapia no es eficiente para mejorar la atención sostenida en niños de 8 y 9 años de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús

Hipótesis alternativa: La musicoterapia es eficiente para mejorar la atención sostenida en niños de 8 y 9 años de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús.

Pregunta de investigación: ¿Es eficiente la musicoterapia para mejorar la atención sostenida en niños de 8 y 9 años de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús?

3.3. Aspectos éticos y de género

Confidencialidad

Para la aplicación del test y la intervención, se explicó a los representantes, así como a los niños y niñas el objetivo y los procedimientos a seguir en la investigación, su participación fue de carácter voluntaria, previa firma del consentimiento informado de los padres o representantes legales y el asentimiento de los niños. La confidencialidad de la información se protegió mediante la asignación de códigos específicos pre intervención y post intervención de los instrumentos aplicados a los mismos. En todo momento se guardó absoluta confidencialidad sobre la identidad de cada uno de ellos.

Privacidad

El acceso a la información individualizada de los niños no se permitió a personas ajenas a la investigación. Los datos obtenidos fueron usados para fines académicos y se garantizó la orientación constante por parte del tutor de la investigación. Así también se asignó códigos de identificación únicos a cada participante. Estos códigos se utilizaron en lugar de la información personal del niño o niña durante y después de la realización de todo el proceso investigativo con el fin de proteger su identidad.

Estos códigos solo lo conocían la investigadora y el tutor de la investigación, mas no la docente ni los padres de familia.

Respeto a los derechos

Al realizar la presente investigación, se respetó los derechos de todos los participantes de acuerdo con los aspectos legales y constitucionales del Ecuador, en donde se garantizó el anonimato de quien participó en esta investigación; por ello, desde el inicio del proceso se proporcionó toda la información de manera transparente y completa dando a cada padre de familia o representante legal de escoger si desea que su hijo o representado participe en la investigación.

Aspectos legales.

Según la Ley Orgánica de Protección de datos en Ecuador (2021) en el Registro Oficial Suplemento 459, el Artículo 1, establece que, su objetivo y finalidad son “garantizar el ejercicio del derecho a la protección de datos personales, que incluye el acceso y decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección”. Por lo tanto, los investigadores tienen la obligación de proteger los datos con el mayor cuidado posible para garantizar los derechos de los participantes en el estudio (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2021)

La Ley Orgánica de Educación Intercultural (2015) en art. 343 “establece un sistema nacional de educación que tendrá como finalidad el desarrollo de capacidades y potencialidades individuales y colectivas de la población, que posibiliten el aprendizaje, y la generación y utilización de conocimientos, técnicas, saberes, artes y cultura”

Finalmente, la información obtenida en la investigación fue asegurada y manejada de forma adecuada siguiendo los estándares señalados por el Comité de Ética de Investigación en seres humanos (CEISH) y por el Comité de Éticas Asistenciales para la Salud (CEAS)

Conflicto de intereses

No existió ningún tipo de interés de por medio, se explicó al grupo los objetivos de la investigación y se estableció estrategias para resolver conflictos si existieran, estableciendo una línea de comunicación clara.

Inclusión a grupos vulnerables

Se garantizó el interés superior de los niños, más allá del interés social y de la ciencia, esto se establece en el Código de la Niñez y Adolescencia en su Art. 1 dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad. Para este efecto, regula el goce y ejercicio de los derechos, deberes y responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes y los medios para hacerlos efectivos, garantizarlos y protegerlos, conforme al principio del interés superior de la niñez y adolescencia y a la doctrina de protección integral (Código de la niñez y Adolescencia, 2014)

3.4. Responsabilidades de la investigadora

Para proteger y salvaguardar la integridad de los participantes es responsabilidad ética y profesional del investigador cumplir rigurosamente con lo siguiente:

- Conocer y cumplir las Buenas Prácticas Clínicas y Regulación Sanitaria nacional destinadas a la población.
- Proteger y salvaguardar el bienestar de los participantes con medidas que mermen algún riesgo potencial como: un diseño centrado en los niños teniendo en cuenta su edad, nivel de desarrollo y capacidades cognitivas. Así también un contenido adecuado para los niños, que conlleve canciones, actividades y ejercicios de musicoterapia conforme a su edad. Finalmente, y muy importante obtener el consentimiento y asentimiento informado.
- Socializar con los participantes, así como con los padres o representantes y con la unidad educativa los objetivos, métodos y técnicas del estudio a realizar.

- Aplicar el consentimiento informado para padres, en donde se detalló de forma clara y precisa el procedimiento, posibles riesgos y beneficios de la investigación para sus hijos o representados.
- Proteger siempre la confidencialidad de los datos recopilados. Esto incluyo codificar los datos de cada niño y el almacenamiento seguro de los mismos, que solo lo conoce la investigadora y su tutor.
- Utilizar y emplear, con ética los datos recopilados, para de esta manera evitar manipulaciones de los datos.
- Respetar la autonomía de los participantes, los representantes legales de los niños para que pueden retirar a sus niños y niñas de la investigación sin ningún tipo de penalización.
- Dar a conocer los resultados de la investigación realizada de manera general a la Unidad Educativa, así como a los padres de familia o representantes legales, en una reunión colectiva. Y en privado en el departamento DECE de la institución a cada padre o representantes legal, de manera individual en donde se otorgó información de cada niño con la finalidad, que palpen los cambios observados en el estudio
- Los datos se conservarán durante siete años y serán almacenados de manera anónima y global en un archivo digital para su procesamiento con acceso restringido, solo será permitido para los investigadores.
- No se permitió el acceso de la información a personas extrañas de la investigación, únicamente a la investigadora y director del trabajo de titulación.
- Todos los gastos en relación a los procedimientos y materiales necesarios para esta investigación fueron cubiertos por la investigadora.
- Los datos obtenidos fueron usados para fines netamente académicos y se garantizó el asesoramiento constante por parte del tutor de la investigación.

3.5. Responsabilidades del participante

La participación de los niños y niñas fue completamente voluntaria, es decir, sus padres o representantes legales pudieron decidir si participan o no en la investigación, sin embargo, al momento de aceptar se comprometieron a que sus niños y niñas asistan a todas las sesiones de musicoterapia a la hora fijada por la investigadora, considerando que se realizó un cronograma con fecha y hora para la aplicación de las técnicas de esta investigación, incluida las aplicaciones del pre-test y pos-test. Así también, es importante mencionar que los padres o representantes legales de los participantes pudieron

retirar su consentimiento para que sus hijos o representados dejen de participar en la investigación en cualquier momento, sin que eso perjudique sus actividades escolares, simplemente debían notificar a la investigadora de su decisión, ya sea de forma oral o por escrito.

3.6. Recolección de información

Este estudio se efectuó a través de la recolección de información de datos cuantitativos por medio de la aplicación del test de CARAS-R, para medir el nivel de atención, concentración e impulsividad en niños y adolescentes, esto permite evaluar qué nivel de atención tiene cada niño.

Para la recolección de información, se diseñó un formulario (*Anexo 3*), que consta de dos partes: la primera parte, con características sociodemográficas de los niños y niñas que asisten a la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús (sexo, edad, nivel de escolaridad) y la segunda parte, con las variables de estudio: musicoterapia y atención sostenida en niños (*Anexo 4*).

Luego, se evaluó los niveles de atención de los niños y niñas mediante el test de CARAS-R y se aplicó un programa de intervención basado en musicoterapia.

Finalmente se identificaron los niveles de atención que obtuvieron los niños y niñas posterior a la intervención musicoterapéutica a través del test mencionado.

A continuación, se describe el test o prueba que se utilizó en el presente estudio:

El Test de CARAS-R evalúa aspectos de la atención

Es un instrumento El test de CARAS-R test de percepción de diferencias ha sido adaptado al español y creado con la finalidad de “evaluar la aptitud para percibir, rápida y correctamente semejanzas, diferencias y patrones estimulantes parcialmente ordenados” (Thurstone & Yela, 2012). Es decir, el objetivo de este test es medir la concentración, atención e impulsividad.

Además, este test evalúa atención sostenida que es el mecanismo por el cual una persona es capaz de mantener el foco de atención en una determinada tarea durante un tiempo prolongado.

Este test se puede aplicar desde los 6 a 7 años hasta los 18 años, conteniendo 60 ítems en el cual contiene tres caras por ítems y se debe elegir o tachar la cara que sea diferente a las dos, en donde la diferencia está en sus ojos, pelo, cejas y boca. Su tiempo de aplicación son 3 minutos.

Las puntuaciones a calcular son las siguientes:

- **Aciertos (A):** Número total de aciertos del sujeto se considera un punto por cada una de las caras que aparecen tachadas en la hoja de copia (respuestas correctas). El número total de marcas correctas será un número de aciertos.
- **Errores (E):** Número total de errores del sujeto. Se contará cada una de las cruces que haya marcado el sujeto y que no tache ninguna cara (cruz en los espacios en blanco). El número total se marcará en espacios en blanco será el número de errores.
- **Aciertos netos (A-E):** Se calcula restando el número total de aciertos, el número total de errores del sujeto. De esta forma se obtiene una medida más precisa de la eficacia en sus respuestas de la prueba.
- **Índices de Control de Impulsividad (ICI):** Se calcula dividiendo el número de aciertos netos (A-E) entre el número de respuestas dadas por sujeto (A+E). Para facilitar la interpretación de los baremos se optó por multiplicar el índice por 100 para eliminar las cifras de decimales. Así la fórmula para calcular sería la siguiente $(A-E / A+E) \times 100$.

Tipos de medidas del CARAS-R

Medida	Descripción	Calculo	Puntuación mín -máx.
A	Aciertos	Número total de aciertos	1-60
E	Errores	Número total de errores	1-60
A-E	Aciertos netos	A-E	(-60)- 60
ICI	Índice de control de Impulsividad	$(A-E / A+E) \times 100$	(-100)-100

Interpretación de las puntuaciones.

Dentro del análisis de los resultados del test CARAS-R, se tiene en cuenta la cantidad de errores realizados. Esto es importante porque, incluso si dos personas obtienen el mismo número de respuestas correctas, el hecho de haber cometido errores puede marcar una diferencia significativa en la evaluación. Por ejemplo, una persona que responde correctamente a 30 ítems, pero comete errores en otros 10 ítems no presenta las mismas características que alguien que responde correctamente a los mismos 30 ítems sin errores. En situaciones donde el número de respuestas correctas es igual, la

persona que no comete errores demuestra un mayor grado de eficiencia en comparación con aquella que comete errores.

Para la correcta evaluación el test nos indica dos columnas con una puntuación en percentil que expresa el porcentaje del grupo normativo al que el sujeto es superior al rasgo que se mide, es decir el porcentaje de examinados en la muestra de tipificación que obtuvieron puntuaciones iguales o inferiores, tabla que se observa en el (anexo 4). En la columna de enotipos constituye una escala típica normalizada a partir de la puntuación en percentil, en que va de 1 a 9 que se observa en la (tabla 4).

Tabla 4: Criterios orientativos de clasificación de los eneatis de CARAS-R

ENEATIPOS (EN)	NIVEL
9	Muy alto
8	Alto
7	Medio- alto
4-5-6	Medio
3	Medio- bajo
2	Bajo
1	Muy bajo

Tabla de criterios orientativos de clasificación de eneatis (Thurstone & Yela, 2012).

La interpretación del CARAS se basará en las siguientes medidas:

Aciertos netos (A-E)

Se trata de una calificación que vincula la suma total de respuestas correctas con el total de respuestas incorrectas, evaluando así el desempeño real del individuo en la prueba al penalizar los errores, es decir, evaluando su efectividad.

Puntuaciones elevadas: señalan que la persona procesa de manera veloz los detalles de los estímulos visuales y es exacta en sus juicios, cometiendo pocos errores y respondiendo correctamente a un gran número de elementos. En actividades que requieran una percepción visual rápida y precisa, su desempeño será muy satisfactorio.

Puntuaciones intermedias: indican una capacidad visoperceptiva y de atención apropiada. El individuo será capaz de enfocarse en los detalles y de hacer un número adecuado de juicios correctos, minimizando los errores.

Puntuaciones bajas: revelan una capacidad visoperceptiva y de atención deficientes, o bien, el

individuo realiza juicios de similitud/diferencia de manera inadecuada y no presta la suficiente atención a los detalles. Esto puede manifestarse en cansancio o falta de motivación para llevar a cabo tareas que requieran una percepción visual rápida y precisa, resultando en un rendimiento por debajo de lo esperado.

Índice de control de la Impulsividad (ICI).

Este índice expresa el nivel de control de la impulsividad del sujeto a la hora de ejecutar la tarea, reflejando su estilo cognitivo dentro del gradiente impulsivo – reflexivo. Este índice solo puede alcanzar niveles medios o bajos, según el cálculo que se puede observar en las puntuaciones.

Puntuaciones medias indican que presenta un nivel de control de impulsividad normal, realiza tareas reflexivamente y por ende comete menos errores.

Puntuaciones bajas mostraran que el sujeto es impulsivo, poco reflexivo por lo tanto conlleva la comisión de un alto número de errores y de aciertos por azar.

Dentro del ICI puede ser analizado con los aciertos netos (A-E) lo que nos permitirá medir el estilo de respuesta del sujeto.

Tabla 5: Relación de las puntuaciones entre A - E y ICI

-	A-E		+ ICI
	Eficaz e impulsivo.	Eficaz y no impulsivo.	
	Ineficaz e impulsivo	Ineficaz y no impulsivo.	

Estilos de respuestas obtenidos a partir de la relación de las puntuaciones A-E e ICI (Crespo Eguilaz, Narbona, Peralta y Reparaz, 2006).

Aciertos (A) con relación a ICI.

El número total de aciertos constituye la medida original del rendimiento en la prueba, para ser más precisos se correlaciona con el ICI en un contexto clínico, ya que nos consideraron que una sola medida de rendimiento atencional no permitirá clasificar a los sujetos.

Tabla 6: Relación entre ICI y numero de aciertos.

ICI	NORMAL	Inatento	Rendimiento normal

	BAJO		Combinado	Impulsivo	
ENEATIPOS	1	2	3	5	7
	Bajo		Normal		
ACIERTOS					

Tabla de contingencias de rendimiento de Aciertos y en ICI expresados en subtipos del TDAH (Crespo Eguilaz, Narbona, Peralta y Reparaz, 2006).

Como se puede observar según la relación entre ICI y los Aciertos se pueden clasificar en:

Inatento: se presenta cuando el ICI es normal pero un numero bajo de aciertos.

Combinado: se presenta cuando las dos medidas son bajas, es decir obtiene un numero bajo de aciertosal haber trabajado al azar con bajo control de impulsividad.

Puntuaciones medias indican que presenta un nivel de control de impulsividad normal, realiza tareas reflexivamente y por ende comete menos errores.

Puntuaciones bajas mostraran que el sujeto es impulsivo, poco reflexivo por lo tanto conlleva la comisión de un alto número de errores y de aciertos por azar.

Impulsivo: sujetos que obtiene un nivel de aciertos aceptables a pesar de trabajar deprisa e impulsivamente, por lo podrían tener mayor número de errores.

Rendimiento normal: sus dos medidas están en un rango normal, tanto sus índices de impulsividad como los números de aciertos

Errores (E)

La interpretación aislada del número de errores cometidos por el sujeto resulta redundante, ya que es mejor analizar tanto la puntuación de aciertos netos como la del ICI.

Puntuaciones altas: cuando los eneatiPOS se encuentra en los niveles altos, indicaron que los sujetos cometen más errores que los alumnos de su edad.

Puntuaciones medias: eneatiPOS menores o iguales a 7 indicaran un numero de errores similar al de la mayoría, sin que resulte destacable sino dentro de la normalidad. (Thurstone & Yela, 2012)

Tabla 7: Ejemplos Ilustrativos para interpretación de datos.

	PD	ENEATIPO
A	12	2
E	7	9
A E	5	1
ICI	26	1

Interpretación de datos del manual CARAS-R resultados hipotéticos para entender cómo se realizaron los resultados de la investigación (A. Chacón,2024).

Se analiza primero la puntuación de A-E el cual es muy bajo ya que presenta un eneatiipo de 1, al igual que el ICI, si observamos el número de aciertos y errores por separado, encontramos que el bajo rendimiento se debe a que tiene muy pocos aciertos con un eneatiipo de 2 y comete muchos errores en comparación con el grupo de estudio, tuene una ejecución lenta y poco efectiva, puede no presentar suficiente atención a la tarea o a los estímulos que la componen y respondiendo al azar.

3.7. Procesamiento para el análisis e interpretación de los resultados.

Para el análisis de los resultados se utilizó el sistema informático IBM SPSS Statistics versión 24 para Windows en español. Para el análisis de las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel educativo) se utilizó estadística descriptiva, mientras que para comprobar la eficacia de la musicoterapia se aplicó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk que reportan puntuaciones mayores a 0.05, manteniendo la hipótesis de que existe una distribución normal en las puntuaciones.

Y una prueba t-student, como una herramienta utilizada para realizar una prueba de hipótesis con el fin de conocer la media de uno o dos grupos. En este estudio se utilizó para determinar si un grupo difiere de un valor conocido (prueba t de una muestra), si dos grupos difieren entre sí (prueba t de muestras independientes) o si las mediciones pareadas difieren significativamente (prueba t de muestras correlacionadas o pareadas).

Los niveles de significancia para las variables serán del 0.05 para las comparaciones generales del control interno. Si el valor p es inferior a 0.05 se rechaza la hipótesis nula de la investigación. Para la comparación del test y la efectividad de la estrategia terapéutica, se utilizará el estadístico de prueba no paramétrica.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en base a los objetivos planteados. Así, inicialmente se reportan los datos a nivel cuantitativo y cualitativo obtenidos de la evaluación de la atención sostenida antes de la intervención. Posteriormente, se presentan los resultados a nivel cuantitativo y cualitativo después de la intervención. Seguido, se reportan los datos de comparación de las puntuaciones pre y post intervención.

Análisis de la evaluación de atención sostenida antes de la intervención en musicoterapia.

En la tabla 1 se presentan los resultados de atención sostenida a través de las puntuaciones en aciertos (A), errores (E), aciertos netos (A-E) y el índice de control de impulsividad (ICI) antes de intervenir en musicoterapia.

Tabla 1

Descripción cuantitativa de A, E, A-E e ICI

	A	E	A-E	ICI
n	30	30	30	30
Media	24.9	34.8	9.87	16.5
Desviación estándar	6.90	7.09	13.9	23.1
Mínimo	12	24	-36	-60.0
Máximo	36	48	12	20.0

Nota: **A:** Aciertos antes; **A-E:** Aciertos totales antes; **E:** errores antes; **ICI:** Índice de control de impulsosantes; **n:** muestra

Interpretación: Del total de evaluados, en cuanto a los aciertos el promedio es de 24.9 (± 6.90) con un valor mínimo de 12 y máximo de 36. Además, el promedio de errores es de 34.8 (± 7.09) con 24 como valor mínimo y 48 de valor máximo. En cuanto a los aciertos netos se observa que el promedio es de 9.87 (± 13.90) con valores mínimos de -36 y máximos de 12. Con respecto al índice de control de impulsividad se reporta un promedio de 16.5 (± 23.1) con -60 de puntaje mínimo y 20 como puntaje máximo.

En la tabla 2, se describen cualitativamente los resultados de la interpretación de los aciertos totales con relación al índice de control de impulsividad y del nivel de concentración basados en los eneatis tipos propuestos por el autor como se detalló en los instrumentos.

Tabla 2

Interpretación de los aciertos netos-índice de control de impulsos y nivel de concentración

Interpretación	Frecuencias	Porcentajes
Aciertos netos-índice de control de impulsos		
Ineficaz e impulsivo	20	66.6%
Eficaz e impulsivo	10	33.4%
Total	30	100%
Nivel de concentración		
Impulsivo	25	83.3%
Combinado	5	16.7%
Total	30	100%

Interpretación: Con respecto a la interpretación de los aciertos totales y el índice de control de impulsos se identifica que la mayoría, es decir el 66.6% reporta puntuación de ineficaz e impulsivo, mientras que el 33.4% eficaz e impulsivo. Sobre el nivel de concentración, el 83.3% es impulsivo y el 16.7% combinado.

Análisis de la evaluación de atención sostenida después de la intervención en musicoterapia.

En la tabla 3 se presentan los resultados de atención sostenida a través de las puntuaciones en aciertos (A), errores (E), aciertos netos (A-E) y el índice de control de impulsividad (ICI) después de intervenir en musicoterapia

Tabla 3*Descripción cuantitativa de A, E, A-E e ICI*

	Ad	Ed	A-Ed	ICId
n	30	30	30	30
Media	37.2	23.1	14.1	23.4
Desviación estándar	9.81	9.85	19.6	32.7
Mínimo	13	4	-34	-56.7
Máximo	56	47	52	86.7

Nota: **Ad:** Aciertos después; **A-Ed:** Aciertos totales después; **E:** errores después; **ICI:** Índice de control de impulsos después; **n:** muestra

Interpretación: Del total de participantes, en cuanto a los aciertos el promedio es de 37.2 (± 9.81) con un valor mínimo de 13 y máximo de 56. Asimismo, el promedio de errores es de 23.1 (± 9.85) con 4 como valormínimo y 47 de valor máximo. En cuanto a los aciertos netos se observa que el promedio es de 14.1 (± 19.6) con valores mínimos de -34 y máximos de 52. Con respecto al índice de control de impulsividad se reporta unpromedio de 23.4 (± 32.7) con -56.7 de puntaje mínimo y 86.7 como puntaje máximo.

En la tabla 4, se describen cualitativamente los resultados de la interpretación de los aciertos totales con relación al índice de control de impulsividad y del nivel de concentración basados en los eneatispropuestospor el autor como se detalló en los instrumentos después de la intervención en musicoterapia.

Tabla 4

Interpretación	Frecuencias	Porcentajes
Aciertos netos-índice de control de impulsos		
Ineficaz e impulsivo	14	46.7%
Eficaz e impulsivo	11	36.7%
Eficaz y no impulsivo	5	16.6%
Total	30	100%
Nivel de concentración		
Impulsivo	24	80%
Rendimiento normal	5	16.7%
Combinado	1	3.3%
Total	30	100%

Interpretación: Sobre la interpretación de los aciertos totales y el índice de control de impulsos se identifica que la mayoría, es decir el 46.7% reporta puntuación de ineficaz e impulsivo, mientras que el 36.7% eficaz e impulsivo. Además, se observa que un 16.6% puntúa como eficaz y no impulsivo, interpretación que no estuvo presente antes de la intervención.

En cuanto al nivel de concentración, el 80% es impulsivo, el 3.3% combinado y un 16.7% presenta rendimiento normal, que no estuvo presente antes de la intervención.

Análisis de la comparación de puntuaciones antes y después de la intervención en musicoterapia.

Posterior a la comprobación de supuestos para el uso de pruebas paramétricas para establecer cambios de puntuación en medidas relacionadas (tabla 5), en la tabla 6 se presentan los resultados de la aplicación de la prueba t de student para muestras relacionadas.

Tabla 5*Pruebas de normalidad para el uso de pruebas paramétricas en muestras relacionadas*

			W	p
A	-	Ad	0.973	0.635
E	-	Ed	0.976	0.719
A-E	-	A-Ed	0.978	0.777
ICI	-	ICId	0.978	0.765

Nota. Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de normalidad

Interpretación: En todos los valores (aciertos, errores, aciertos netos e índice de control de impulsos) la prueba de normalidad Shapiro-Wilk reportan puntuaciones mayores a 0.05, manteniendo la hipótesis de que existe una distribución normal en las puntuaciones.

Tabla 6*Prueba t para muestras relacionadas*

			Estadístico	gl	p
A	-Ad	T de Student	-7.30	29.0	<.001
E	-Ed	T de Student	6.79	29.0	<.001
A-E	-A-Ed	T de Student	-7.09	29.0	<.001
ICI	-ICId	T de Student	-7.10	29.0	<.001

Interpretación: Con un 95% de confianza se observa que existen diferencias de puntuación en las medidas de aciertos antes y después (aumento de aciertos, $p < .001$), errores antes y después (disminución de errores, $p < .001$), aciertos totales antes y después (aumento de aciertos totales, $p < .001$) e índice de control de impulsos antes y después (disminución de puntuaciones de impulsividad, $p < .001$).

5. DISCUSIÓN

La terapia musical ha surgido como un enfoque innovador y eficaz para tratar una variedad amplia de desafíos emocionales, cognitivos y sociales en los niños. Especialmente, su uso en el ámbito de los problemas de concentración en niños ha suscitado un creciente interés debido a su capacidad para mejorar la atención, el enfoque y el rendimiento académico.

Los resultados de tu investigación en la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús son interesantes y se pueden relacionar con los hallazgos del documento de la siguiente manera:

Relación entre A-E y ICI:

Eficacia e Impulsividad con Musicoterapia:

El 17% de los niños que recibieron sesiones de musicoterapia mostraron ser eficaces y no impulsivos. Esto sugiere que la musicoterapia puede haber mejorado su capacidad de concentración, otro 37% de los niños de la investigación también son eficaces pero impulsivos, lo que significa que no tienen problemas para concentrarse, pero sus respuestas pueden ser impulsivas, el 46% de los niños presentan ineficacia e impulsividad, lo que indica que enfrentan dificultades tanto en la concentración como en el control de impulsos.

Relación entre A y ICI:

Rendimiento Normal:

El 17% de los niños muestra un rendimiento normal, lo que sugiere que su concentración es adecuada.

Impulsividad con Niveles de Concentración:

El 80% de los niños son impulsivos, pero sus aciertos son apropiados para su edad. Esto podría indicar que tienen niveles de concentración aceptables.

Problemas de Concentración e Impulsividad:

El 3% de los niños de 4to y 5to año de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús presenta un factor combinado, lo que significa que son impulsivos y también tienen problemas de concentración. En una investigación acerca de "Medidas de atención sostenida y del control de la impulsividad en niño: nueva modalidad de aplicación del test de percepción de diferencias CARAS" realizado en el 2020 por Nerea Crespo con un test inicial de 6 minutos y luego de 3 minutos para medir la concentración en 1.090 participantes de entre 6 y 10 años, lo cual entran en el rango de edad de los niños investigados dentro de nuestra muestra, observamos que de los resultados ICI son de importancia ya que nos ayuda a medir la impulsividad de los niños a la hora de realizar el test, lo cual en dicha investigación demuestran que el ICI suele ser efectivo para diferenciar entre niños con algún trastorno de hiperactividad y déficit de atención, igual indican con un alto porcentaje de niños con

niveles bajos en ICI, como en nuestra muestra los niños en la primera etapa se mantuvieron el 100% en un enotipo de nivel muy bajo demostrando así mayores niveles de impulsividad e ineficacia y eficacia. En resumen, estos resultados se alinean con los patrones observados en el estudio del documento, lo que respalda la importancia de evaluar la atención y la impulsividad en niños escolares (Crespo-Eguílaz et al., 2020).

Ahora en otro estudio en el que se valora la eficacia de la musicoterapia en discapacidad de aprendizaje publicado en el 2021 con resultados significativos en el cual demostró que la terapia musical es un factor de ayuda útil en la terapia de rehabilitación de trastornos de lectura su efectividad en ortografía, aritmética, escritura, habilidades cognitivas, memoria de trabajo, atención auditiva y procesamiento auditivo rápido (Mina et al., 2021)

En este caso, nuestros resultados fueron favorables en cuanto al aumento de niños que lograron aumentar su concentración después de las ocho sesiones con musicoterapia, al igual que la reducción de ineficacia e impulsividad.

En la musicoterapia ha sido un campo muy investigado dentro de la psicología en la Universidad Cesar Vallejo de Perú, realizan una investigación sobre la musicoterapia para la mejora de atención de niños de primer grado, con el recurso del Test de Atención y Percepción para medir los niveles de concentración, analizan que más del 70% de los estudiantes existen problemas con la atención de manera general y existe una necesidad en mejorar la dimensión de atención focalizada lo cual surgió la necesidad de implementar un programa de musicoterapia a fin de mejorar la atención de los estudiantes. (Tirado,2023)

Nuestra investigación mantiene una relación en cuanto al instrumento de la investigación con este estudio, con resultados casi idénticos a los indicados anteriormente, ya que un número de niños considerables poseen un nivel bajo de atención e impulsividad, y se demuestran en los dos estudios que la musicoterapia ayuda a disminuir estos bajos niveles de atención y además es una psicoterapia exitosa, que envuelve las competencias del cerebro, empleado en el tratamiento de problemas conectados con dificultades mentales como el déficit de atención e hiperactividad.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA, ANEXOS

6. Conclusiones

Se encontró que, antes de la intervención con musicoterapia, los niños de 8 a 9 años de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús presentaban bajos niveles de atención sostenida, determinados mediante el Test de CARAS-R. Este diagnóstico inicial proporcionó una línea de base para evaluar los cambios en la atención después de la intervención musicoterapéutica.

Se diseñó y aplicó un programa de intervención basado en técnicas activas de musicoterapia específicamente adaptadas para niños de 8 a 9 años. Este programa se estructuró considerando las necesidades individuales de los participantes y se llevó a cabo de manera sistemática y consistente durante un período determinado.

Tras la aplicación del programa de intervención, se observaron cambios en la atención sostenida de los niños. Al comparar los resultados del Test de CARAS-R antes y después de la intervención, se encontró un aumento en la capacidad de mantener el enfoque en una tarea específica durante un período prolongado de tiempo. Estos resultados sugieren que las técnicas de musicoterapia tienen un impacto positivo en la atención sostenida en niños de 8 a 9 años.

Finalmente, este estudio respalda la eficacia de la musicoterapia como una intervención efectiva para mejorar la atención sostenida en niños en edad escolar. Estos resultados tienen importantes implicaciones para la práctica clínica y educativa, destacando el potencial de la musicoterapia como una herramienta terapéutica accesible y beneficiosa para abordar las dificultades de atención en niños.

7. Recomendaciones

- Realizar un programa de musicoterapia con un mayor número de sesiones, periodos prolongados y un seguimiento.
- Proporcionar a los maestros recursos y pautas sobre musicoterapia, así como cuales son los procesos atencionales que causan distracción en los niños, para que dentro de su planificación se incrementen técnicas de musicoterapia, para tener una clase amena e interesante.
- Implementar un programa dentro de la Unidad Educativa basada en técnicas de musicoterapia que pueda aportar de manera significativa, para que existan cambios en la atención de los niños, reconociendo las circunstancias individuales para enfrentar los desafíos del aprendizaje en la actualidad y así poder obtener buenos resultados en el área académica.

- Realizar nuevas investigaciones que valoren la duración de los cambios de la atención sostenida mientras se aplica técnicas de musicoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2021). Ley Organica De Proteccion De Datos Personales. *Registro Oficial Órgano de La República Del Ecuador*, 1–70.
- Avilés, C. (2023a). Musicoterapia como estrategia de afrontamiento a través de las neurociencias en el ámbito educativo. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 5140–5151. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.964>
- Avilés, C. (2023b). Musicoterapia como estrategia de afrontamiento a través de las neurociencias en el ámbito educativo. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 5140–5151. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.964>
- Benenzon, R. (2023). La Resistencia Al No Verbal: De La Musicoterapia a La Terapia Benenzon. *Revista InCantare*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.33871/2317417x.2019.10.1.3505>
- Castro, A., Rojas, A., Vásquez, G., Condori, N., Zamora, M., Mendoza, M., & Aliaga, R. (2023). La musicoterapia en la neuroeducación para el aprendizaje de habilidades sociales de estudiantes con tea en contexto inclusivo. *Educación*, 29(1), 67–78. <https://doi.org/10.33539/educacion.2023.v29n1.2890>
- Código de la niñez y Adolescencia. (2014). Código de la Niñez y Adolescencia. *Codigo de La Niñez y Adolescencia*, 2002, 1–45.
- Cortés, J. A. G., Sánchez-Betancourt, J. T., López, N. M., Hernández, V. F., & Reyes, V. R. (2022). Differences in sustained attention in young university students with different levels of smartphone use. *Interdisciplinaria*, 39(2), 23–36. <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.2.2>
- Crespo-Eguílaz, N., Narbona, J., Peralta, F., & Repáraz, R. (2006a). *Medida de atención sostenida y del control de la impulsividad en niños: nueva modalidad de aplicación del Test de Percepción de Diferencias “Caras.”* 29(2), 219–232.
- Crespo-Eguílaz, N., Narbona, J., Peralta, F., & Repáraz, R. (2006b). *Medida de atención sostenida y del control de la impulsividad en niños: nueva modalidad de aplicación del Test de Percepción de Diferencias “Caras.”* 29(2), 219–232.
- de la República del Ecuador, A. N. (2021). Ley Organica De Proteccion De Datos Personales. *Registro Oficial Órgano de La República Del Ecuador*, 1–70. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/RO-459-2021-1.pdf>
- De la Vega, M. (2020). Musicoterapia grupal activa y depresión en pacientes del hospital de psiquiatría-CNS. *Revista de Investigación Psicológica*, 1(1), 24–35.
- Delgado, M. (2021). *La creatividad en la clínica musicoterapéutica de primera infancia . Descripción y Análisis de un caso clínico Creativity in the early childhood music therapy setting . Clinical Case Description and Analysis.*
- Edwards, M. (2018a). *El desarrollo de niños y niñas de 4 a 10 años*. UNICEF.
- Edwards, M. (2018b). *El desarrollo de niños y niñas de 4 a 10 años*. UNICEF.
- ESCUELA DE POSGRADO. (n.d.). <https://orcid.org/0000-0003-0289-1786>
- Fernández, D. (2022). Aproximación a distintas disertaciones acerca del concepto infancia. *Scielo*, 17(1), 1–23.
- Flores, A., Nakakawal, A., Andrés, Y., & De La Serna, S. (2018). Revisión teórica del proceso de atención sostenida en la infancia y adolescencia A theoretical review of sustained attention in childhood and adolescence. *Rev. Chil. Neuropsicol*, 13(1), 33–41. <https://doi.org/10.5839/rcnp.2018.13.01.07>
- Garrote, D., Angulo, G., & Rodríguez, R. (2018). Efectos de la Musicoterapia en el Trastorno de Espectro Autista (Effects of Musicotherapy in Autistic Spectrum Disorder). *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 11(1), 1889–4208.

- González Huertas, C., & Fernández Company, J. F. (2019). Una propuesta de intervención a través de la musicoterapia para optimizar el nivel de arousal en niños con TEA. *Revista de Investigación En Musicoterapia*, 2, 47. <https://doi.org/10.15366/rim2018.2.004>
- Hernández, A. (2021a). La musicoterapia en Educación Primaria y Educación Especial. *Journal of Research in Humanities and Social Science*, 9(11), 19–24.
- Hernández, A. (2021b). La musicoterapia en Educación Primaria y Educación Especial. *Journal of Research in Humanities and Social Science*, 9(11), 19–24.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2018). *Metodología de la Investigación* (6th ed.). McGraw-Hill. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- Islands, B. (2016). Islands, Balearic_2016_Prueba ganadora de la VIII Edición del Premio TEA para la realización de trabajos de investigación y desarrollo sobre tests i otros instrumentos de evaluación. *Islands, B., & Islands, B. (2016). Prueba Ganadora de La VIII Edición Del Premio TEA Para La Realización de Trabajos de Investigación y Desarrollo Sobre Tests i Otros Instrumentos de Evaluación, (July 2016)., July 2016, 1–18.*
- La_musicoterapia FABRICIO VASQUEZ DE LA BANDERA. (n.d.).
- Leon, F. (2019a). Educación: La importancia del desarrollo infantil y la educación inicial en un país en el cual no son obligatorios. *Ciencia UNEMI*, 12(30), 143–159.
- Leon, F. (2019b). Educación: La importancia del desarrollo infantil y la educación inicial en un país en el cual no son obligatorios. *Ciencia UNEMI*, 12(30), 143–159.
- Machín, L., & Padilla, A. (2020a). *La musicoterapia en niños y niñas con autismo la terapia Benenzon*. Universidad de la Laguna.
- Machín, L., & Padilla, A. (2020b). *La musicoterapia en niños y niñas con autismo la terapia Benenzon*. Universidad de la Laguna.
- MANUAL TEST DE CARAS. (n.d.).
- Mendocinos, N., Susana Ison, M., Fernando, Y., & Anta, G. (n.d.). *ESTUDIO NORMATIVO DEL TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS (CARAS) EN*.
- Mero, E., & Bolívar, C. (2022). La Música como aporte estratégico en el desarrollo Socioemocional de los niños con TEA en la subdirección PCA en Manta. *Revista Polo Del Conocimiento*, 69(7), 1715–1728. <https://doi.org/10.23857/pc.v7i4.3914>
- Mina, F., Darweesh, M. E. S., Khattab, A. N., & Serag, S. M. (2021). Role and efficacy of music therapy in learning disability: a systematic review. In *Egyptian Journal of Otolaryngology* (Vol. 37, Issue 1). Springer Medizin. <https://doi.org/10.1186/s43163-021-00091-z>
- Moreira, K., Marin, L., & Vera, L. (2021). Education of autonomy in children of initial sublevel ii of the school Gabriela Mistral. *Polo Del Conocimiento*, 6(8), 135–153. <https://doi.org/10.23857/pc.v6i5.2734>
- MSP. (2015). Ley Orgánica de Salud. *Plataforma Profesional de Investigación Jurídica, Registro O*, 46. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>
- Naranjo, S. (2020). *DISPOSITIVO MUSICAL ARMABLE PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN EN NIÑOS DE 5 AÑOS*. Universidad Técnica de Ambato.
- Navarro, S. (2018a). *Musicoterapia para el desarrollo creativo del mundo expresivo* (Vol. 1). Universidad de Chile.
- Navarro, S. (2018b). *Musicoterapia para el desarrollo creativo del mundo expresivo* (Vol. 1). Universidad de Chile.
- Orgánica De Educación Intercultural, L. (n.d.). *Página 1 de 85*.
- Parejo, J., Monreal, I., & De la Fuente, M. (2020). Music as a vehicle for intercultural education in children: A case study. *Artseduca*, 1(26), 30–45. <https://doi.org/10.6035/Artseduca.2020.26.3>

- Ramos-galarza, C., Paredes, L., Andrade, S., Santillán, W., & González, L. (2016). *Sistemas de Atención Focalizada , Sostenida y Selectiva en Universitarios de Quito-Ecuador*. 25(1), 34–38.
- Rubio, J., Perlado, M., & Ramos, M. (2019). La música en la publicidad que atrae a los jóvenes. *Anuario Electrónico de Estudios En Comunicación Social “Disertaciones,”* 12(2), 97–124. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/disertaciones/a.6537>
- Salazar, M. (2018). Educacion Preescolar: La Definicion Social De La Primera Niñez. *Revista Colombiana de Educación*, 1(13), 331–350. <https://doi.org/10.17227/01203916.5101>
- Suárez, P., & Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la efectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios*, 12(20), 173–198.
- Tejada, S., Díaz, R., Huyhua, S., Hinojosa, C., & Vega, A. (2022). Beneficios de la musicoterapia desde la mirada de los estudiantes universitarios de enfermería. *Medicina Naturista*, 16(1), 21–26.
- Thurstone, L. L., & Yela, M. 1921-1994. (2012). *Test de percepción de diferencias (Caras-R)*. TEA.
- Tomalá, S. (2017a). *El aporte de la musicoterapia sobre las habilidades sociales y la sana convivencia en niños de 8 y 9 años*. Universidad Nacional de Colombia.
- Tomalá, S. (2017b). *El aporte de la musicoterapia sobre las habilidades sociales y la sana convivencia en niños de 8 y 9 años*. Universidad Nacional de Colombia.
- Vanegas, C., Barón, W., & Perdomo, J. (2021). EDUCACIÓN Y ATENCÓN A LA PRIMERA INFANCIA: CONCEPCIÓN Y SÍNTESIS HISTÓRICA. *REVISTA BOLETÍN REDIFE*, 10(3), 159–176.
- Vásquez, I., & Chunga, W. (2022). Aplicación Técnicas Musicoterapia en el Sector Educativo Estudiantes Universitarios Modalidad Virtual. *Revista Tecnológica-Educativa Docentes 2.0*, 14(1), 49–54. <https://doi.org/10.37843/rted.v14i1.303>
- Veloz, M., Palomino, G., Castillo, D., & Avilez, B. (2022). La educación musical y motricidad en la formación integral de los estudiantes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(1), 4002–4021. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1783
- Vieites, T. (2019). Dificultades en atención y memoria en alumnado de Educación Primaria con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista de Psicología y Educación - Journal of Psychology and Education*, 14(2), 136. <https://doi.org/10.23923/rpye2019.02.178>
- Villarraig, L., & Muiños, M. (2018a). La Atención: Principales rasgos, tipos y estudio. *Psicología Básica*, 1(1), 1–25.
- Villarraig, L., & Muiños, M. (2018b). La Atención: Principales rasgos, tipos y estudio. *Psicología Básica*, 1(1), 1–25.

8. ANEXOS

Anexo 1. Autorización de la institución

Latacunga, 25 de enero de 2024

Msc. Magali Molina

DIRECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo, a la vez el deseo ferviente de éxito en las labores que diariamente desempeña, el motivo de la presente es para solicitar de la manera más comedida, se autorice realizar el Proyecto de Trabajo de Titulación en la UNIDAD EDUCATIVA SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, con el tema: "MUSICOTERAPIA Y ATENCIÓN SOSTENIDA EN NIÑOS", elaborado y presentado por la Psc. Edu. Adriana Belén Chacón Molina, estudiante de la Maestría en Psicología Clínica, Mención Psicoterapia, Cohorte 2022, con Resolución Nro. UTA-UTP-FCS-2023-0031.

Por la favorable atención se digne dar a la presente, anticipo mi agradecimiento.

Atentamente.



Psc. Cl. Diego Javier Mayorga Ortiz
DIRECTOR ACADÉMICO ADMINISTRATIVO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA (PSICOTERAPIA)



DR.MSC.GALO NARANJO LÓPEZ
RECTOR

Dirección: Av. Colombia y Chile
Teléfono: (593) 2521124/0996688223
Ambato- Ecuador

www.uta.edu.ec

Anexo 2. Consentimiento informado para padres

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
MENCIÓN PSICOTERAPIA COHORTE 2022

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOLECCIÓN, USO Y
ALMACENAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE NIÑOS Y NIÑAS DE LA UNIDAD
EDUCATIVA SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

A) HOJA DE INFORMACIÓN:

Título del estudio:

Musicoterapia y atención sostenida en niños.

Nombre, dirección y teléfono del investigador principal:

Adriana Belén Chacón Molina Latacunga– Ecuador adrychaconmolina@gmail.com 0980423918

Sección I: INFORMACIÓN PARA EL PADRE O REPRESENTANTE LEGAL

Le pedimos que autorice la recolección y uso de *datos personales de su representado*, durante el estudio “Musicoterapia y atención sostenida en niños”. La participación de su hijo/a o su representado es completamente voluntaria; puede aceptar que su representado participe en el estudio principal, sin que ello le provoque inconveniente alguno en la atención y actividades regulares en el establecimiento. Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión. También lo alentamos a consultarlo con su familia, amigos y médicos de cabecera.

1. ¿Por qué se realiza este estudio?

El propósito de esta investigación es aplicar técnicas de Musicoterapia para fortalecer la atención sostenida en niños.

2. ¿Qué pasará si autorizo la participación de mi hijo o representado participa en este proyecto de investigación, luego de que firme este Consentimiento Informado?

Luego que firme el consentimiento informado se procederá a recopilar datos personales que nos ayude a recabar información importante para la investigación.

2.1. Se le realizará la aplicación del test CARAS-R para recabar información sobre los niveles de

atención, concentración e impulsividad.

2.2. Se aplicará técnicas de musicoterapia con la finalidad de fortalecer la atención sostenida en los niños.

2.3. Se aplicará un re-test CARAS-R con la finalidad de comparar resultados pre y post intervención para evidenciar si existió cambios significativos, después de la aplicación de las técnicas enfocadas a fortalecer la atención sostenida.

3. ¿Qué riesgos podría tener mi hijo o representado si participa en la investigación?

Se tomarán todas las medidas necesarias para minimizar los riesgos en esta investigación, siguiendo rigurosamente los estándares éticos y metodológicos, es importante enfatizar que existen algunos riesgos asociados con su uso, estos podrían ser:

Sensibilidad Auditiva: Ciertos niños o niñas pueden ser más sensibles a ciertos sonidos o frecuencias, lo que esto podría ocasionar molestias o ansiedad durante las sesiones de musicoterapia.

Reacciones adversas a instrumentos musicales: En caso de realizar actividades en donde se use instrumentos musicales, existe el riesgo de lesiones físicas menores, como golpes accidentales con objetos pequeños.

Manifestación de emociones intensas: La aplicación de técnicas musicoterapéuticas puede evocar emociones profundas y desencadenar recuerdos o emociones intensas que podrían resultar abrumadoras para el niño.

4. ¿Cuánto tiempo le tomará a mi hijo o representado participar en este estudio?

Está previsto que su participación dure aproximadamente dos meses, tiempo que incluye la evaluación con los instrumentos (antes y después de la intervención), y la intervención musicoterapéutica realizada por sesiones con un tiempo aproximado de una hora por cada sesión.

5. ¿Qué beneficios tendrá mi hijo o representado si le permito participar en este estudio?

Los participantes se beneficiarán con intervenciones musicoterapéuticas gratuitas, sin ningún costo adicional, misma que le permitirá fortalecer la atención sostenida para su representado.

6. ¿Me darán información sobre los resultados del estudio, aplicados a mi hijo o representado luego de su finalización?

La información y los resultados será entregados de manera general a la Unidad Educativa, así como a los padres de familia o representados en una reunión colectiva y en privado en el departamento DECE de la institución a cada padre o representantes legal, de manera individual en donde se otorgará información de cada niño con la finalidad, que palpen los cambios observados en el estudio.

7. ¿Qué gastos tendré si mi hijo/a o representado participa en el estudio?

Usted no tendrá gasto alguno relacionado a los procedimientos y materiales necesarios para esta investigación, todos los gastos serán cubiertos por la investigadora.

8. ¿Qué pasará si mi hijo/a o representado sufre algún evento adverso mientras participa en el estudio?

Toda investigación tiene algún riesgo, en caso de identificar que su hijo o representado sufre algún daño físico, psicológico, una lesión o una consecuencia en su salud relacionada con las actividades del procedimiento de este estudio, se le proveerá toda la asistencia inmediata, si es necesaria para su tratamiento y se realizara su seguimiento oportuno, siempre manteniendo el criterio de confidencialidad.

9. ¿Puedo retirar a mi hijo o representado en cualquier momento, aun luego de haber aceptado?

Usted es libre de retirar el consentimiento, para que su representado deje de participar en la investigación en cualquier momento, sin que eso lo perjudique en sus actividades posteriores; simplemente deberán notificar su decisión al investigador de forma oral o por escrito explicando el motivo. Luego de que retire su consentimiento no podrá obtener información sobre su hijo o representado, pero toda la información obtenida con anterioridad si será utilizada.

10. ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de los datos de mi hijo o representado?

Para proteger la identidad y privacidad de los datos de su hijo o representado se realiza la codificación de los instrumentos aplicados al mismo antes y después de la intervención musicoterapéutica. No tendrán acceso a la misma persona ajenas a la intervención, se entregarán los resultados generales a la institución y a los padres de familia cuyos hijos o representados participaron en este estudio, en caso de detectar algún tipo de necesidad o riesgo en sus resultados, usted será notificado de forma individual y se solicitará su consentimiento para emitir la información a las áreas predeterminadas.

11. ¿Cómo, dónde y por cuánto tiempo se almacenarán los datos de mi hijo o representado?

¿Cómo las destruirán luego de su utilización?

La información será resguardada por la investigadora principal y el tutor de la investigación en una base de datos codificada y sin permitir el acceso a personas ajenas a la investigación, de manera anónima y global en un archivo digital para su procesamiento con acceso restringido solo para los investigadores. Sus datos se conservarán durante siete años. Según el reglamento del CEISH- UT, después de este tiempo los datos serán destruidos con los métodos que cumplan con los procedimientos de la institución.

12. ¿Mi hijo o representado puede ser retirado del estudio aún si yo no quisiera?

El investigador, el comité de ética, que supervisan el estudio pueden decidir retirarlo si consideran que es lo mejor para su hijo/a o su representado.

13. ¿Me pagarán por participar?

No se le pagará en dinero ni en especie por la participación de su hijo/a o su representado en este estudio.

14. ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de los datos personales de mi hijo o representado? ¿Cómo harán para que su identidad no sea conocida?

Los datos que lo identifiquen serán tratados en forma confidencial como lo exige la Ley. Salvo para quienes estén autorizados a acceder a sus datos personales, su hijo/a o su representado no podrá ser identificado y para ello se le asignará un código. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas científicas o presentados en congresos científicos, la identidad de su hijo/a o su representado no será revelada.

15. ¿Quiénes tendrán acceso a los datos personales de mi hijo o representado?

Como parte del estudio, la investigadora principal y el tutor de la investigación tendrán acceso a los resultados de este estudio, mismos que serán guardados con absoluta confidencialidad.

¿A quiénes puedo contactar si tengo dudas sobre el estudio y los derechos de mi hijo o representado si participa en este estudio de investigación?

Sobre el estudio:

Investigador Principal: Psi. Edu Adriana Belén Chacón Molina

Dirección: Av. Oriente y Juan Abel Echeverría

Teléfono: 0980423918 – 2233522

Correo electrónico: adrychaconmolina@gmail.com

- Sobre los derechos de su hijo como participante en un estudio de investigación:

El presente trabajo de investigación ha sido evaluado por el CEISH-UTA. Si Usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el Comité de Bioética, presidenta: Dra. Aída Fabiola Aguilar Salazar al teléfono 0998592023.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL

Con el presente documento hago conocer que he sido informado/a de los detalles del estudio que se pretende llevar a cabo cuando mi representado asista a la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús. Yo entiendo que mi representado va a ser sometido a una encuesta. El niño debe responder a un test antes y después de la intervención; esto implica aplicar técnicas musicoterapéuticas adaptadas a su edad. Sé que estas pruebas tienen ciertos riesgos como: sensibilidad auditiva, reacciones adversas a los instrumentos musicales, manifestaciones de emociones intensas , pero sin efectos secundarios. También comprendo que no tengo que gastar ningún dinero por el cuestionario. Consiento que los resultados se publiquen en una revista científica cuidando la identidad de mi representado.

Yo _____, libremente y sin ninguna presión, acepto que mi representado participe en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma del Representante

Firma del Investigador

Fecha _____

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA NIÑOS

Con el presente documento hago conocer que he sido informado/a de los detalles del estudio que se pretende llevar a cabo cuando asista a la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús

Yo entiendo que voy a ser sometido a una encuesta. Sé que estas pruebas no tienen riesgo alguno ni efectos secundarios. También comprendo que no tengo que gastar ningún dinero por el cuestionario.

Consiento que los resultados se publiquen en una revista científica sin mi identidad.

Una vez que mi padre o representante legal haya firmado el consentimiento informado. Yo _____, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Encierre la imagen de la **niña** levantando la mano si usted **SI** está de acuerdo en participar.

Encierre la imagen del **niño** con las manos a bajo si usted **NO** está de acuerdo en participar.



Firma del niño o niña

Anexo 3. Formulario de variables sociodemográficas

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
MENCIÓN PSICOTERAPIA

CI: _____

MUSICOTERAPIA Y ATENCIÓN SOSTENIDA EN NIÑOS.

Estimado participante sírvase marcar con una X la opción que Usted considere conveniente. La información proporcionada en este formulario será utilizada para una investigación y los datos servirán para posibles publicaciones en revistas científicas guardando absolutamente la confidencialidad y no se expondrá su identidad bajo ninguna circunstancia.

Edad				
Sexo	Masculino		Femenino	
Nivel de Educación	Preparatoria		Básica Media	
	Básica Elemental		Básica Superior	

Anexo 4. Test de CARAS-R

Instrucciones

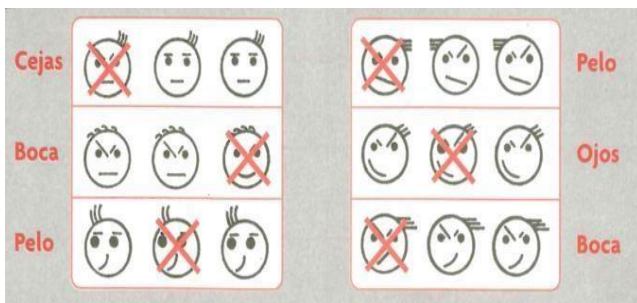
- Observe la siguiente fila de caras. Una de las caras es distinta a las otras. La cara que es distinta está marcada.



- ¿Vez el motivo por el cual la cara del medio está marcada?
- A continuación, hay otra fila de caras. Míralas e identifica cual es distinta a las otras dos (sin realizar ninguna marca).



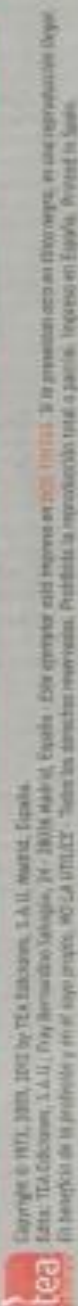
- Efectivamente, es la cara que esta a la derecha ya que la *dirección del pelo* es diferente a las otras dos.
- A continuación, encontraras otros dibujos parecidos para que te acostumbres a la dinámica de la prueba.



NOTA: Cuando se te indique, vuelve la hoja y comienza la prueba. En cada grupo de tres caras marca con una X la que es diferente, tal y como se ha explicado. Puedes trabajar por filas o columnas, según prefieras. Trabajar rápidamente, pero trata de no cometer errores.

Dispones de TRES MINUTOS.

RECUERDA QUE DEBES MARCAR CON UNA CRUZ (X) LA CARA QUE ES DIFERENTE A LAS OTRAS DOS EN CADA GRUPO DE TRES CARAS.



61

Tabla A3. Baremos escolares de 3.º de Educación Primaria, varones y mujeres (8-9 años)

Percentil	Puntuación directa (PD)				Eneatipo
Pc	A	E	A-E	ICI	En
99	47 - 60	11 - 60	47 - 60	-	9
98	45 - 46	7 - 10	45 - 46	-	9
97	44	5 - 6	43 - 44	-	9
96	43	-	42	-	8
95	40 - 42	3 - 4	39 - 41	-	8
90	37 - 39	2	36 - 38	-	8
85	35 - 36	-	35	-	7
80	34	-	33 - 34	-	7
75	33	1	32	-	6
70	32	-	31	-	6
65	31	-	30	-	6
60	30	-	29	-	5
55	29	-	28	96 - 100	5
50	28	-	27	95	5
45	27	0	26	94	5
40	26	-	25	93	4
35	25	-	24	92	4
30	24	-	23	90 - 91	4
25	23	-	21 - 22	88 - 89	4
20	21 - 22	-	20	85 - 87	3
15	19 - 20	-	18 - 19	80 - 84	3
10	17 - 18	-	15 - 17	72 - 79	2
5	16	-	14	67 - 71	2
4	-	-	13	63 - 66	1
3	15	-	11 - 12	56 - 62	1
2	13 - 14	-	8 - 10	32 - 55	1
1	0 - 12	-	(-60) - 7	(-100) - 31	1
N	2.843	2.843	2.843	2.843	N
Media	28,97	1,33	27,64	92	Media
Dt	7,81	2,88	8,63	15	Dt

Anexo 5. Carta de responsabilidad de la investigadora

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL ESTUDIO OBSERVACIONAL O DE INTERVENCIÓN

Ambato, 30 de enero de 2024

Yo, Adriana Belén Chacón Molina, con cédula de ciudadanía CC: 0550067045, en calidad de investigador principal del proyecto “Musicoterapia y atención sostenida en niños”, me comprometo a:

1. Iniciar la ejecución de mi investigación una vez obtenida la aprobación del CEISH-UTA.
2. Conducir mi investigación de conformidad a lo estipulado en el protocolo de investigación aprobado por el CEISH-UTA.
3. Aplicar las normas nacionales e internacionales de ética de la investigación, en todas las fases del estudio, para:
 - 3.1. Cumplir con los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.
 - 3.2. Garantizar la confidencialidad de la información recopilada durante la investigación.
 - 3.3. Garantizar la adecuada aplicación del consentimiento informado.
 - 3.4. Garantizar la dignidad, bienestar y seguridad de los sujetos de investigación.
 - 3.5. Diseñar provisiones especiales, si fueren necesarias, para atender las necesidades de los sujetos de investigación.
4. Garantizar la validez científica y ética de mi investigación.
5. Garantizar la veracidad de los datos recolectados y publicados.
6. Cumplir con los acuerdos de entrega de beneficios descritos en el protocolo de investigación.
7. Proveer al CEISH-UTA cualquier información que este solicite durante el proceso de seguimiento de la investigación.
8. Seguir las instrucciones correctivas establecidas por el CEISH-UTA.
9. El CEISH-UTA considerará como inicio de la ejecución de la investigación, la fecha de aprobación por parte del Comité de Ética del protocolo de investigación.
10. Emitir al CEISH-UTA informes de avance de la investigación a mitad del período según el cronograma establecido para la investigación (Aplica a Investigaciones con un nivel de riesgo mayor al mínimo).

11. Notificar al CEISH-UTA de la culminación de la investigación en un plazo máximo de sesenta (60) días. (Aplica a Investigaciones con un nivel de riesgo mayor al mínimo)
12. Notificar al CEISH-UTA de la terminación anticipada de la investigación, en un plazo máximo de quince (15) días, informando las razones de la terminación, los resultados obtenidos antes de la terminación y las medidas adoptadas con los participantes (si aplica).
13. Reportar al CEISH-UTA en un plazo máximo de veinte y cuatro (24) horas, los eventos adversos graves y/o reacciones adversas graves e inesperadas suscitados durante la investigación, adjuntando los documentos de respaldo que sean pertinentes (si aplica).
14. Reportar al CEISH-UTA de manera oportuna las desviaciones al protocolo de investigación aprobado, adjuntando un plan de remediación-prevención. (si aplica).
15. Solicitar al CEISH-UTA la evaluación y aprobación de enmiendas a mi protocolo de investigación y/o documentación relacionada, previamente a su implementación. (si aplica).
16. Solicitar la renovación de la aprobación de mi proyecto de investigación, con al menos sesenta (60) días de anticipación a la terminación de la vigencia de aprobación otorgada por el CEISH-UTA. En caso de expirar la aprobación otorgada por el CEISH-UTA, suspenderé las actividades de la investigación a fin de garantizar la seguridad de los sujetos de investigación. (Si aplica)
17. Informar al CEISH-UTA de la publicación científica oficial de su estudio en caso de que la misma haya sido parte del fin inmediato de su investigación, enviaré el enlace de acceso directo (DOI) o el artículo a texto completo.

Atentamente:

Adriana Belén Chacón Molina

Correo electrónico: adrychaconmolina@gmail.com

Telf.: 0987895341

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6. Título

Musicoterapia y atención sostenida en niños

6.1. Descripción

La musicoterapia puede ser una herramienta eficiente que utiliza la música y sus elementos como el ritmo, sonido, melodía y armonía como un medio para procesos terapéuticos para mejorar la atención sostenida en niños, manteniendo el enfoque en una tarea específica durante un período prolongado de tiempo. Además, que la música puede estimular el sistema nervioso y fomentar la concentración y la atención en los niños de varias maneras.

Así también la música puede influir en la capacidad de atención de los niños, ya que tiene el poder de modular su estado de ánimo y emociones. Al disfrutar de la música los niños elevan su estado de ánimo y disminuye el estrés, ayudando así a mejorar la concentración y la atención.

Poner en práctica técnicas musicales, como; la improvisación musical y la estructuración rítmica, que son enfoques de musicoterapia que pueden ayudar a fortalecer la atención sostenida en los niños.

En este contexto se presenta un plan de intervención que se centra en la implementación de técnicas de musicoterapia como una estrategia para mejorar la atención sostenida, que puede ser adaptada para tratar las necesidades individuales de niños, que tienen dificultades de atención.

6.2.1 Descripción de beneficiarios y recursos

6.2.1.1. Beneficiarios

Los beneficiarios directos son 30 niños y niñas de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús

6.2.1.2. Recursos

Los recursos que se utilizaron para la intervención fueron los siguientes:

- Espacio físico (infraestructura)
- Material para la evaluación (Test)
- Laptop
- Parlantes
- Instrumentos musicales
- Objetos con varias texturas

6.3 Desarrollo de la propuesta

El proceso se desarrolló a través de las siguientes fases:

- Evaluación (pre-test y post-test/ 2 sesiones)
- Ejecución (8 sesiones de musicoterapia de 60 minutos cada una)

La **fase de evaluación**, se refiere a la aplicación del Test de CARAS-R antes y después de la intervención, con la finalidad de identificar los niveles de atención y concentración.

La **fase de ejecución**, estuvo conformada por 8 sesiones de intervención con técnicas de musicoterapia, en donde se creó un ambiente acogedor y seguro para que los niños y niñas puedan expresarse libremente.

Tabla 8. Plan psicoterapéutico

Fase	Sesión	Actividad	Objetivo	Tiempo	Tareas
Evaluación (Pre-test)	Sesión 1: Evaluación del nivel de atención	Aplicación del Test de CARAS-R	Identificar los niveles de atención y concentración en los niños y niñas antes de la intervención.	30 minutos	Ninguna
	Sesión 2: Introducción de que se trata la musicoterapia.	Presentación de lo que se trabajara con la musicoterapia.	Conocer como a través de la música el cerebro puede concentrarse y seguir órdenes.	30 minutos	Ninguna
Ejecución	Sesión 3: Historias Musicales Interactivas	Desarrollar una narración con música de MOZART que involucre la participación de los niños	Ilustrar varias partes de una historia, ayudando a la concentración e imaginación y el seguimiento de instrucciones.	1 hora	Dibujar que se imaginaron mientras escuchaban la música.
	Sesión 4: Ritmo y coordinación	Utilizar instrumentos de percusión como maracas, tambores, panderetas y otros para mejorar la coordinación y concentración.	Focalizar la atención a través de los movimientos corporales coordinados con el ritmo.	1 hora	Ninguna

	Sesión 5: Relajación y respiración	Introducir música relajante, suave o ambiental, para mejorar la respiración profunda y la relajación muscular.	Crear un ambiente de tranquilidad, sin ruido que permita la relajación.	1 hora	Ninguna
	Sesión 6: Integración sensorial.	Integrar música con estímulos sensoriales, para mejorar las conexiones entre el cuerpo y en entorno que les rodea.	Explorar texturas, movimientos, sonidos, calor y frío etc. relacionados con la música.	1 hora	Ninguna
	Sesión 7: Juegos Musicales de Atención	Identificar el cambio de ritmo, la intensidad o melodía promoviendo la concentración auditiva.	Fortalecer la atención sostenida a través de los juegos musicales	1 hora	Ninguna
	Sesión 8: Secuencia musical	Usar la canción de BrunoMark (Uptown funk) así como varios movimientos en donde se coordine música y movimiento corporal.	Seguir secuencias musicales específicas para la organización mental y planificación.	1 hora	Ninguna
	Sesión 9: Juegos Musicales de Atención	Identificar el cambio de ritmo, la intensidad o melodía promoviendo la concentración	Fortalecer la atención sostenida a través de los juegos musicales	1 hora	Ninguna

		auditiva.			
Evaluación (Post-test	Sesión 10: Post-evaluación de nivel de atención	Aplicación del test de CARAS-R posterior a la intervención.	Identificar los niveles de atención y concentración en los niños y niñas después de la intervención.	30 minutos	Ninguna

6.4. Plan de contingencia

El plan de contingencia para la intervención de técnicas musicoteapeuticas en niños y niñas de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús, esta destinados a mitigar los riesgos que puedan surgir durante la aplicación de la intervención, centrándose principalmente en riesgos psicoemocionales y estratégicos tales como:

- **Preparación:** Asegúrese de que los niños y niñas se familiaricen con la información sobre la práctica de técnicas de musicoterapia.
- **Entorno:** Escoger un lugar tranquilo y cómodo ante posibles crisis inesperadas.
- **Comunicación:** Establecer canales de comunicación con los padres o representantes legales de los participantes ya que puede existir problemas relacionados con la confidencialidad.

6.4.1 Objetivo

Determinar la eficiencia de la musicoterapia para fortalecer la atención sostenida en niños de 8 y 9 años de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús.

6.4.2 Identificación de riesgos

- **Sensibilidad Auditiva:** Ciertos niños o niñas pueden ser más sensibles a ciertos sonidos o frecuencias, lo que esto podría ocasionar molestias o ansiedad durante las sesiones de musicoterapia.
- **Reacciones adversas a instrumentos musicales:** En caso de realizar actividades en donde se use instrumentos musicales, existe el riesgo de lesiones físicas menores, como golpes accidentales con objetos pequeños.
- **Manifestación de emociones intensas:** La aplicación de técnicas musicoteapeuticas puede evocar emociones profundas y desencadenar recuerdos o emociones intensas que podrían resultar abrumadoras para el niño.

6.4.3. Comunicación de la contingencia

- Mantener constante comunicación con la señora directora, el departamento DECE el personal médico de la Unidad Educativa Sagrado Corazón de Jesús para solventar posibles emergencias.
- Proporcionar el correo electrónico y número de contacto de la investigadora.

6.4.4. Recursos de emergencia

- Tener una lista con los números de emergencia en caso de requerirse

6.4.5. Fecha de vigencia del plan

- El plan de contingencia permanecerá activo durante todo el período en que se lleve a cabo la intervención musicoterapéutica. Este plan ha sido elaborado para manejar de manera específica los posibles riesgos que puedan surgir durante la intervención con los niños y niñas de la Unidad