



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**EFFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LA AUTOESTIMA DE UN GRUPO DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD VISUAL**

CAMILO ANDRES GOMEZ NIÑO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE ARTES

MAESTRÍA EN MUSICOTERAPIA

BOGOTA D.C.

2023

**EFFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LA AUTOESTIMA DE UN GRUPO DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD VISUAL**

CAMILO ANDRES GOMEZ NIÑO

Licenciado en música, candidato a obtener el título de Magíster en Musicoterapia

Director:

ANDRES FELIPE OJEDA SÁNCHEZ

Codirector:

JUAN ALBERTO ORTIZ OBANDO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE ARTES

MAESTRÍA EN MUSICOTERAPIA

BOGOTA D.C.

2023

Dedicatoria

Al poder maravilloso y transformador que tiene la música en la vida de las personas...
pues transformo la mía.

Agradecimiento

A mi familia, quienes me inspiran y me impulsan todos los días a ser mejor.

A la maestría en musicoterapia de la Universidad Nacional de Colombia, por permitirme
ser parte de ella.

A cada uno de los maestros que, con su amor, paciencia y dedicación, aportaron su
grano de arena, en la construcción del saber y el conocimiento. En especial a mis asesores
Andrés Felipe Ojeda Sánchez y a Juan Alberto Ortiz Obando, por su valiosa guía y por ser luz
en medio de la oscuridad.

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo realizar un análisis cuantitativo y cualitativo de los efectos que tiene la musicoterapia en la autoestima de un grupo de personas con discapacidad visual, jóvenes estudiantes de diferentes carreras de la Universidad Nacional de Colombia.

La metodología incluyó mediciones a través de instrumentos de registro musicoterapéuticos y la escala de autoestima de Rosenberg al inicio y al final de la investigación, los cuales proporcionaron la información necesaria para el desarrollo de la intervención y su respectiva evaluación final.

Los resultados mostraron que los estudiantes pudieron ser conscientes de los cambios que promueven su crecimiento personal, mejorando su percepción de bienestar, teniendo en cuenta la importancia de mantener un buen autoconcepto, su autonomía, identificar sus fortalezas y cualidades y permitir expresar sus emociones. Esto permitió construir y mantener una autoestima adecuada al finalizar la intervención musicoterapéutica. Se determina así que la musicoterapia es efectiva en el fortalecimiento de la autoestima del grupo intervenido principalmente desde el trabajo con canciones y los métodos de improvisación y receptivo.

Palabras claves: *Musicoterapia, discapacidad, autoestima, autoconcepto, autonomía, corporalidad, bienestar.*

Abstract

MUSIC THERAPY EFFECTS ON THE SELF-ESTEEM OF A GROUP OF PEOPLE WITH VISUAL DISABILITIES

The objective of this research was to carry out a quantitative and qualitative analysis of the effects that music therapy has on the self-esteem of a group of people with visual disabilities, young students of different careers at the National University of Colombia.

The methodology included measurements applying music therapy recording tools and the Rosenberg self-esteem scale at the beginning and end of the investigation, which provided the necessary information for the development of the intervention and its respective final evaluation.

The results showed that the students were able to be aware of the changes that promote their personal growth, improving their perception of well-being, considering the importance of maintaining a good self-concept, their autonomy, identifying their strengths and qualities and allowing them to express their emotions. This allowed building and maintaining adequate self-esteem at the end of the music therapy intervention. Thus, it is determined that music therapy is effective for strengthening the self-esteem of the group intervened mainly from the work with songs and the methods of improvisation and receptive.

Keywords: *Music Therapy, disability, self-esteem, self-concept, autonomy, corporality, well-being.*

Tabla de Contenido

Resumen	ii
Abstract.....	iii
Tabla de Contenido.....	iv
Lista de Tablas.....	vii
Introducción	1
1. Situación Problema.....	2
1.1. Antecedentes	2
1.2. Justificación	5
1.3. Planteamiento del Problema	7
1.3.1. Pregunta de investigación:.....	7
1.3.2. Hipótesis	7
1.4. Objetivos	8
1.4.1. General.....	8
1.4.2. Específicos:.....	8
2. Marco Teórico	9
2.1. Personas Ciegas y/o con Baja Visión	9
2.2. Discapacidad.....	10
2.3. Bienestar Subjetivo.....	12
2.4. Autoestima	14

2.5. Autoconcepto	15
2.6. Musicoterapia	16
3. Marco Metodológico	22
3.1. Marco Institucional.....	25
3.2. Diseño de Investigación	27
3.2.1. Población.....	27
3.2.2. Criterios de inclusión.....	28
3.2.3. Criterios de exclusión.....	28
3.2.4. Variables.....	28
3.2.5. Instrumentos de registro y medición.....	29
3.2.6. Procedimiento.....	30
3.2.7. Fases del proceso de investigación	31
3.2.8. Proceso musicoterapéutico	33
4. Resultados.....	35
4.1. Descripción Musicoterapéutica.....	35
4.2. Resultados Cuantitativos	38
4.2.1. Escala de autoestima de Rosenberg	39
4.2.2. Prueba de confiabilidad de Rangos con Signo Wilcoxon.....	41
4.3. Resultados Cualitativos.....	42
5. Análisis y Discusión.....	53
6. Conclusiones.....	55
7. Recomendaciones.....	57

8. Referencias.....	58
9. Anexos.....	62
9.1. Formato de Consentimiento Informado	62
9.2. Formato de Ficha Musicoterapéutica	64
9.3. Formato de Plan de Sesión.....	66
9.4. Formato de Protocolo de Sesión	67
9.5. Formato Escala de Autoestima de Rosenberg.....	69

Lista de Tablas

Tabla 1. Escala de autoestima de Rosenberg	24
Tabla 2. Codificación de participantes	35
Tabla 3. Resultados Pre, escala de autoestima de Rosenberg	39
Tabla 4. Resultados Pos, escala de autoestima de Rosenberg.....	40
Tabla 5. Comparación Pre y Pos, escala de autoestima de Rosenberg.....	40
Tabla 6. Prueba de confiabilidad de Rangos con Signo Wilcoxon.....	41
Tabla 7. Resultados categoría autoconcepto.....	43
Tabla 8. Resultados categoría autonomía	43
Tabla 9. Resultados categoría corporalidad.....	44
Tabla 10. Resultados categoría bienestar.....	45

Introducción

Actualmente, se afirma que la autoestima es la sumatoria de pensamientos y actitudes positivas hacia sí mismo que se puede encontrar presente durante todo el ciclo vital de cada persona, entre otros, aspectos relacionados con el autoconcepto, la corporalidad, lo socioemocional. La situación en personas en condiciones con discapacidad tiende a acentuar el problema de autoestima sin importar su trabajo o desarrollo personal.

Al respecto, muchas veces las personas con discapacidad visual se ven enfrentados a conceptos de invalidez, barreras actitudinales que la sociedad demuestra hacia ellos, las dificultades propias de la discapacidad y factores culturales y de exclusión que condicionan su capacidad de esfuerzo, logro y compromiso con ellos mismos, afectando su calidad de vida y percepción de bienestar.

Es así, que en esta investigación se podrá observar, como estos factores afectan la autoestima en esta población y para este caso en particular 3 jóvenes estudiantes de diferentes carreras de la Universidad Nacional de Colombia, quienes participaron en este proyecto de investigación, con el deseo de descubrir y conocer los efectos que tiene la Musicoterapia en el fortalecimiento de su autoestima.

De esta manera, se presenta en este documento los resultados de la investigación iniciando con la problemática y fundamentación, alrededor de las personas con discapacidad visual, con relación a la autoestima. Posteriormente, la metodología empleada y los resultados obtenidos para la comprensión de lo ocurrido durante el proceso, por último, presentar el análisis detallado, las conclusiones y recomendaciones a la comunidad científica con base en los resultados obtenidos.

1. Situación Problema

1.1. Antecedentes

Aunque cada vez son menos las barreras para lograr transformar el concepto de sociedad accesible e inclusiva, las personas con discapacidad visual siguen enfrentándose a muchos obstáculos, retos y desafíos en su día a día. Algunos están relacionados con barreras actitudinales, la discriminación y el entorno, pero en otras ocasiones, las dificultades derivan de la mala imagen que tienen de sí mismos.

Esta situación influye negativamente en su bienestar emocional y llega a condicionar su desarrollo personal. Por ello, se hace importante trabajar en el fortalecimiento de la autoestima con las personas con discapacidad visual, pues esto es clave para ayudar a mejorar su autoconcepto y las relaciones con los demás.

Desde nuestros ancestros, la música ha sido un medio de expresión y comunicación no verbal, en la historia de la humanidad, con efectos motivacionales y emocionales, es decir, el uso de la música como elemento para el cambio de la conducta humana. La música tiene efectos beneficiosos en el sistema sensorial, cognitivo y motriz de forma tranquilizante o estimulante; estimula la creatividad el pensamiento, el lenguaje, el aprendizaje y la memoria.

La musicoterapia tiene efectos importantes en el desarrollo de los niños y niñas con o sin discapacidad desde la concepción, hasta llegar a la edad adulta. A nivel investigativo en nuestro país, se han realizado estudios donde se relaciona la autoestima y musicoterapia como forma de tratamiento, entre ellos se encuentra el trabajo de grado realizado por Bayona (2019), de la Universidad Nacional, titulado “Efectos de un programa musicoterapéutico como aporte al fortalecimiento de la autoestima en un grupo de niñas de 10 y 11 años de edad pertenecientes a la fundación nuestra señora de las mercedes de Bogotá”, cuyo resultado demostró que la

musicoterapia promovió el desarrollo de la autoestima de las participantes por medio del trabajo musicoterapéutico. Así mismo, se observó que la musicoterapia, como en el trabajo de Bayona, “favoreció otros aspectos como la organización y el trabajo en equipo, el fortalecimiento de vínculos y de amistades, la visibilización de sus necesidades ante su círculo social, y el fortalecimiento de las redes de apoyo”. (Bayona, 2019).

Por otra parte, se cita el trabajo de investigación realizado por Pabón (2020), de la Universidad Nacional de Colombia, titulado “Efecto de la musicoterapia en la autoestima de un grupo de mujeres mayores de 50 años usuarias de la fundación “Tú puedes en casa” en donde se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo de los efectos sobre la autoestima que tiene la musicoterapia en un grupo de mujeres mayores de 50 años y que son participantes de la fundación “Tú Puedes en Casa” de Bogotá. En este trabajo, se hicieron “mediciones a través del Inventario de Autoestima de Coopersmith y de Depresión de Beck en administraciones al inicio y al final de 13 sesiones”. Los resultados evidenciaron que “la autoestima alta de estas participantes pasó de un 14% al 40%; la autoestima medio alta pasó del 43% al 60% y la autoestima baja del 43% a no aparecer después del estudio”. Se concluyó, que la musicoterapia fue efectiva en el mejoramiento de la autoestima de esta población destacándose el método receptivo y de trabajo con canciones, resultados que permiten validar la investigación que se está presentando. (Pabón, 2020).

Otra investigación es la realizada por Beltrán (2019), titulado “Creación de comunidad con cuidadoras de niños con discapacidad visual, una propuesta desde musicoterapia comunitaria” que fue realizada con población de cuidadoras de niños con discapacidad visual, quienes asisten como acompañantes al programa de formación musical del CRAC (Centro de Rehabilitación para Adulto Ciego), en la ciudad de Bogotá, abordando variables del enfoque comunitario como agenciamiento, musicalidad y musicar saludable. En esta investigación, se realizó el análisis de la información, donde se describe el impacto del proceso

musicoterapéutico como puente para la creación de comunidad a través del fortalecimiento del tejido social del grupo de cuidadoras. (Beltrán, 2019)

A nivel internacional, se encuentran estudios e investigaciones, que relacionan directamente a la población con discapacidad visual con la musicoterapia, en donde se trabajan diversos aspectos, relacionados con el fortalecimiento de la autoestima, el auto concepto, la corporalidad y lo socioemocional.

Entre otros, el trabajo realizado por González, S. (2016), de España, Titulado, “Musicoterapia con un niño con deficiencia visual y dificultades para la integración social”, en donde, la autora presenta un caso clínico de intervención musicoterapéutico con un niño de 5 años, con baja visión, que presentaba problemas de relación, comunicación y atención, así como cierto retraso en su desarrollo. La intervención se desarrolló en la Delegación Territorial de la ONCE en Cantabria, con una duración aproximada de seis meses, en coordinación con la maestra de apoyo del alumno y el animador sociocultural de la ONCE. La autora muestra cómo a través del juego con música y la improvisación musical se facilita la interacción con el terapeuta, lo que da lugar a un proceso empático en el que el uso de diversas técnicas musicoterapéuticas permite trabajar y reforzar la relación emocional y desarrollar las habilidades sociales del niño. (González, 2016).

Por otra parte, Revisada la literatura, en nuestro país aún no se ha realizado un trabajo musicoterapéutico con la población objeto de esta investigación, por ello, surge la necesidad de trabajar con las personas con discapacidad visual en el fortalecimiento de su autoestima, para desarrollar y mejorar estos procesos por medio de la musicoterapia.

1.2. Justificación

A lo largo de la vida y en función de las experiencias y aprendizajes, se desarrolla una imagen sobre nosotros mismos. Lo que se conoce como autoestima no es otra cosa que tener una actitud positiva en relación a uno mismo.

Cuando el autoconcepto es positivo, se ve el entorno como un espacio seguro con el que se puede interactuar. Además, las personas son más sociables y afrontan sus metas y objetivos con una mejor actitud y fortaleza. Si, por el contrario, se tiene un autoconcepto negativo o infravalorado tienden a ser más inseguros y lo que los rodea, incluso pequeñas situaciones diarias, pueden volverse incómodas, afectando las relaciones y todos los aspectos de la vida.

De esta manera, encontramos que en el mundo existen aproximadamente 314 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 45 millones son ciegas y 269 millones presentan baja visión, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021).

En nuestro país, según el DANE, el 7,2% de los colombianos tiene alguna discapacidad; el DANE entregó los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, que arrojaron que en Colombia existen 45 millones y medio de personas, de las cuales el 51,4% son mujeres y el 48,6% restante corresponde a los hombres (INCI, 2022).

Según la información suministrada por la entidad, el 7,2% de la población que respondió al censo manifestó presentar alguna dificultad funcional para realizar sus actividades diarias, lo que se traduce en cerca de tres millones y medio de personas con discapacidad (INCI, 2022).

De otro lado la población con discapacidad visual pasó del 43% de prevalencia de toda la población con alguna discapacidad 6.4%, subiendo al 62.17% en el Censo del 2018 con una cifra de 1'948.332 personas con discapacidad visual (INCI, 2020).

Como se puede observar, las cifras de personas con discapacidad visual en nuestro país aumentaron. En ese sentido, se hace importante que todos y todas trabajen en el fortalecimiento de su autoestima. Ya que, para las personas con discapacidad visual, este trabajo es más difícil, ya que muchas veces, las diversas situaciones a las que se enfrentan, barreras sociales, prejuicios, falta de apoyo, problemas de comunicación y o expresión, pueden provocar frustración, introversión y aislamiento.

Además, las personas con discapacidad visual adoptan y replican estas actitudes como patrones, lo que se traduce en conductas negativas.

En otros casos, las situaciones de dependencia muestran una vulnerabilidad que puede llevar a una baja autoestima y, como consecuencia al desarrollo de actitudes autodestructivas. Algunas personas con cierto grado de dependencia incluso acaban creyendo que no pueden hacer nada y, por lo tanto, tampoco lo intentan. Esta inactividad, provoca un mayor aislamiento y soledad.

Por otra parte, los complejos (de inferioridad, de miedo, por citar algunos) suelen ser más habituales en las personas con discapacidad visual, lo que no les permite avanzar, menos aún en una sociedad con tantas barreras como la nuestra.

Por ello, desde la musicoterapia se buscan y se plantean diversas actividades que permitan fortalecer el autoconcepto y la autoestima de las personas con discapacidad visual. De esta manera, se busca fortalecer los procesos de aprendizaje que favorecen las relaciones con los demás, las habilidades socioemocionales, la motricidad, la orientación espacial, la motivación, la concentración, expresión de ideas y sentimientos y por ende la autoestima en esta población.

1.3. Planteamiento del Problema

Teniendo en cuenta lo expuesto, es importante conocer si desde la musicoterapia se puede fortalecer la autoestima de las personas con discapacidad visual, de manera que estas personas construyan su autoconcepto y así fortalezcan su autoestima y se les brinde herramientas para mejorar su percepción de bienestar. Es por ello, que se plantea la siguiente Pregunta de Investigación:

1.3.1. Pregunta de investigación:

¿En qué forma, puede la musicoterapia fortalecer la autoestima de las personas con discapacidad visual?

1.3.2. Hipótesis

Hipótesis Afirmativa:

La autoestima de las personas con discapacidad visual cambia por medio de intervenciones musicoterapéuticas.

Hipótesis Nula:

La autoestima de las personas con discapacidad visual no cambia por medio de intervenciones musicoterapéuticas.

Variable independiente (x)= bienestar subjetivo.

Variable dependiente (y)= autoestima.

Variable interviniente (z)= musicoterapia.

1.4. Objetivos

1.4.1. General

Evaluar los efectos de la musicoterapia en la autoestima de un grupo de personas con discapacidad visual, para promover su bienestar.

1.4.2. Específicos:

- Comprender el contexto de las personas con discapacidad visual, entendiendo cada una de sus particularidades a nivel emocional, de auto concepto y su relación con el entorno.
- Determinar el nivel de autoestima de las personas con discapacidad visual, por medio de la escala de autoestima de Rosenberg
- Desarrollar actividades de musicoterapia, que permitan fortalecer la autoestima de los usuarios.
- Evaluar posteriormente la autoestima de las personas con discapacidad visual para determinar el valor que tuvo la musicoterapia en los usuarios.

2. Marco Teórico

2.1. Personas Ciegas y/o con Baja Visión

En torno a la ceguera se mantuvieron durante siglos mitos y leyendas que estigmatizaron a las personas que la padecían. Algunas de ellas perduran hasta nuestros días y sigue siendo una condición muy temida por la sociedad.

Desde tiempos pasados, las personas ciegas estuvieron aisladas, vivían abocadas a la mendicidad. Luego, en la modernidad se mantuvieron ideas erróneas de lastima, invalidez, dependencia, soledad y aislamiento, lo que no les permitía desarrollarse como personas autónomas. Mas adelante, se empezó a exaltar su capacidad de orientación, de memoria y la fina percepción sensorial que demostraban (Montoro, 1992). A excepción de los más privilegiados, las personas ciegas no tenían la posibilidad de asistir a una institución educativa. No obstante, desarrollaron sistemas propios para comunicarse y poder realizar algunas actividades. Las posibilidades de moverse eran muy restringidas, pero existe evidencia de que utilizaron cuerdas, animales, palos y barras para desplazarse. Pocas referencias existen de personas con poco residuo o baja visión, hasta principios del siglo XX, porque eran consideradas ciegas y tratadas como tal.

Las personas que podían funcionar visualmente no tenían más opción que disimular su “defecto” para no ser excluidos, discriminados y así poder mantener su empleo. La medicina y los oftalmólogos no proporcionaban alternativas, y los médicos sugerían adaptarse a la ceguera (Montoro, 1992).

La relación entre discapacidad y dependencia ha sido una constante en todas las sociedades. Esta concepción y la baja prevalencia son las causas principales de que no se hayan desarrollado y potenciado las posibilidades para las personas que la “padecen”. La

situación actual es sustancialmente diferente, pero aún queda mucho por hacer, ya que, para las personas con discapacidad visual, el tener autonomía es un factor fundamental que promueve su desarrollo y bienestar. Es por ello que desde la musicoterapia se busca fortalecer, desarrollar y potenciar estas habilidades en las personas con discapacidad visual (Montoro, 1992).

2.2. Discapacidad

El concepto de discapacidad ha experimentado una extraordinaria evolución a lo largo del tiempo.

Ya en los inicios del siglo XX se comienza a percibir la discapacidad desde un enfoque asistencial, el gobierno interviene y se crean los primeros Centros de Educación Especial, pero desde una perspectiva excesivamente paternalista, que refuerza la dependencia y las actitudes de exclusión social y laboral. Esta mayor tendencia a la sobreprotección se ve reforzada tras la II Guerra Mundial, con la aparición de numerosas discapacidades adquiridas.

Así, en la segunda mitad del siglo XX se empiezan a formar los primeros grupos y asociaciones formadas por personas con discapacidad y sus cuidadores que se unen para defender sus derechos. Poco a poco, las personas con discapacidad van empoderándose y adquiriendo más visibilidad en la agenda política.

Sin embargo, no es hasta entrado el segundo milenio (año 2000) cuando comienza a abandonarse la perspectiva asistencial y paternalista, que concibe a la persona con discapacidad como dependiente, inactiva e improductiva, para evolucionar hacia un nuevo enfoque en el que la persona con discapacidad cuenta con habilidades, competencias, recursos y potencialidades, si se le brindan los recursos necesarios.

En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece una definición de discapacidad que supone un antes y un después:

“La discapacidad es una condición del ser humano que, de forma general, abarca las deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones de participación de una persona: Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal. Las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas.

Las restricciones de la participación son dificultades para relacionarse y participar en situaciones vitales”.

Así, la discapacidad es un fenómeno complejo que no contempla al individuo de forma aislada, sino en su interacción con la sociedad en la que vive. Esta definición reconoce, por primera vez, el contexto social como factor determinante en la discapacidad de una persona.

Entonces, ¿Qué sucede en la práctica? En la actualidad, persisten aún barreras actitudinales, culturales y de desconocimiento, que generan las actitudes de sobreprotección, posicionan las políticas pasivas de empleo (subsidios) como la única opción económica para las personas con discapacidad y conducen a la inactividad y a la dependencia. “Al día de hoy, la tasa de actividad de las personas con discapacidad es aún muy baja (35%). En otras palabras, un 65% de las que tienen edad laboral no tiene empleo ni lo busca. Esta realidad da cuenta de que, si bien la inclusión social ha experimentado un gran desarrollo, el camino por recorrer es aún muy largo” (Gil, 2018).

2.3. Bienestar Subjetivo

Diener, et al en 1999, emiten el concepto de que el bienestar subjetivo es *“una categoría amplia de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, dominios de satisfacción y juicios globales de satisfacción con la vida”* (Diener et al, 1999).

De acuerdo con la conceptualización de estos autores, los estados de ánimo y las emociones se pueden presentar con el nombre de afecto y representan las percepciones en vivo de las situaciones de sus vidas. Así mismo, el afecto puede ser denominado como positivo, si implica emociones placenteras; o negativo, si implica una experiencia emocional que represente malestar mental o sufrimiento para la persona. Con respecto al tiempo del afecto, los autores reportan que la mayoría de los estudios coinciden en concentrarse en estados de ánimo a largo plazo, más que en emociones momentáneas. Para ellos, por ejemplo, el balance emocional (la sumatoria de emociones positivas y negativas) constituye el componente afectivo del bienestar subjetivo (Diener et al., 1999). En cuanto a los juicios globales o generales sobre la satisfacción con la vida, estos constituyen las valoraciones relacionadas con la forma como las personas evalúan su desempeño a lo largo de la vida a través de unas metas y logros personales y valores sociales determinados. Por su parte, el componente de la satisfacción con los dominios de vida se refiere a una serie de variables externas relacionadas con la satisfacción personal como pueden ser el nivel de satisfacción con el trabajo, el estudio, la pareja, los ingresos, el lugar donde se vive, etc. Tanto los juicios de satisfacción con la vida como los de satisfacción con dominios específicos constituyen el componente cognitivo del bienestar subjetivo (Diener et al., 1999).

Algunos autores proponen que las diferentes definiciones de bienestar subjetivo se pueden agrupar en tres grandes categorías: 1) Las definiciones que describen al bienestar subjetivo como la valoración del individuo de su vida en términos positivos. Esta categoría se

refiere a la satisfacción con la vida; 2) Las definiciones de bienestar subjetivo centradas en el componente afectivo, es decir, en el juicio global o general que la gente expresa al comparar su afecto positivo con el negativo (Bradburn, 1969); 3) Las definiciones de bienestar subjetivo desde una perspectiva más religiosa o filosófica, que se refieren a la felicidad como una virtud o gracia (Diener & Diener, 1995).

Para García Martín (2002), la mayoría de los científicos sociales han basado sus investigaciones en las dos primeras aproximaciones. De esta forma, reporta que autores como Veenhoven en 1994, definen el bienestar subjetivo como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos, es decir, en qué medida la persona está a gusto con su vida. Según este autor, para realizar este tipo de juicios, la persona utiliza componentes tanto afectivos como cognitivos. Los elementos cognitivos se refieren a su nivel de satisfacción con la vida y representan la discrepancia entre los logros y las aspiraciones de una persona. El componente afectivo se refiere, en cambio, al agrado de la persona en relación con su estado de ánimo, emociones y sentimientos. Así, una persona que considere haber tenido más experiencias emocionales placenteras que negativas, percibirá su vida como deseable y positiva (García, 2002).

Es claro, entonces, que el bienestar subjetivo está relacionado con una valoración positiva de las circunstancias y eventos de vida de cada persona.

De igual forma, se plantea cómo el concepto de bienestar subjetivo ha estado intrínsecamente ligado a otros conceptos, especialmente a los de felicidad y calidad de vida.

Para el caso de las personas con discapacidad visual de este estudio, la percepción de bienestar de cada uno está ligado como se menciona anteriormente, a sus metas y objetivos, a lo que pueden lograr y alcanzar dentro y fuera de la universidad, gracias a su esfuerzo y dedicación, lo que contribuye al fortalecimiento de su autoestima, por ello, se busca desarrollar

estos procesos a partir de la musicoterapia para promover el bienestar en los usuarios de esta investigación.

2.4. Autoestima

De acuerdo con la Universidad UCAD, “la autoestima es el valor que las personas atribuyen a sí mismas y a sus capacidades. Es una forma de pensar positivamente, una motivación para experimentar diferentes perspectivas de la vida, de enfrentar retos, de sentir y actuar, que implica que las personas se acepten, se respeten, confíen y crean en ellos mismos. La autoestima, entre otras cosas, es el concepto propio que tiene cada sujeto sobre sí mismo, es decir la idea que tiene una persona de sí misma que lo obliga a preguntarse quién es, o cuál va a ser su identidad la cual se fabricará por medio de la conducta que vaya desarrollando” (UCAD, 2021).

El concepto de autoestima está relacionado con el valor y percepción que una persona tiene sobre sí misma y con base en ello, se dará un lugar entre sus semejantes. La cantidad de amor propio que una persona tenga es directamente proporcional al grado de dignidad que la misma posea (Obregón, 2021).

Por otro lado, la definición de autoestima es igual al de amor propio, que es el significado más directo de la palabra auto (sí mismo/a) y estima (amor, aprecio). Quererse a sí mismo, ni es egoísmo, ni es enfermizo; es un sentimiento fundamental (De la Torre, 2021).

En congruencia con lo anterior, para las personas con discapacidad visual este es un aspecto fundamental que trabajar.

2.5. Autoconcepto

Para complementar estos conceptos, Villaroel (Citado por Milicic & Heaussler, 2014), expone que “la Autoestima es un conjunto de percepciones subjetivas hacia sí mismo en relación con las capacidades y potencialidades. Estas percepciones guían al individuo en su "propia manera de sentir, pensar y actuar" (Haeussler & Milicic, 2014) y esto lleva a un concepto relacionado a la autoestima como lo es el autoconcepto, el cual es la manera en que las personas se refieren a la imagen que tienen de sí y que es de vital importancia cuando las personas se definen así mismas o catalogan sus conductas frente a sí mismas, los demás, los problemas de la vida y su relación con los otros”. En otras palabras, “es cómo las personas se describen frente y se puede reflejar frente a sus capacidades y logros en la vida, los recuerdos y la proyección a futuro” (Haeussler & Milicic, 2017). “Este concepto, hace parte de los autoesquemas que ayudan a que las personas elaboren y fortalezcan su propia autoestima. El autoconcepto se incluye dentro de las categorías de análisis de este estudio pues es importante identificar cómo los usuarios se definen a sí mismos y de esta manera dar cuenta de la Autoestima a partir de la construcción del concepto de cada uno”.

También es importante la postura de Maquilón y Hernandez (Citado por Heaussler & Milicic, 2014), para quienes “el autoconcepto se elabora a través del análisis y valoración que se hace derivados de la experiencia en las relaciones con otras personas significativas. Este análisis se empieza a realizar desde la niñez y continúa elaborándose durante la vida, permitiendo generar un concepto de sí mismo que sustenta el Autoestima”.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que “la autoestima se cultiva y se mantiene a través de la percepción de bienestar que las personas tienen en su vida. Factores como el sentirse amados por su familia, el rol que cumplen en la sociedad y el apoyo de amigos,

además de otros factores ayuda para que su Autoestima sea adecuada” (Cardona-Arango et al, 2019).

En contexto, para los usuarios de esta investigación, la autoestima se puede considerar como una de las herramientas personales a las que los usuarios podrían recurrir para potenciar sus habilidades.

De esta manera se observa la importancia de intervenir para conocer cómo la Musicoterapia puede aportar para mejorar la autoestima de los usuarios.

Es necesario mencionar que actualmente en nuestro país no existen estudios relacionados con personas con discapacidad visual, autoestima y musicoterapia, lo que podría aportar una gran oportunidad para desarrollar un nuevo espacio de aprendizaje y conocimiento.

2.6. Musicoterapia

Según Bruscia, 2007, la musicoterapia es "un proceso sistemático de Intervención en el cual el terapeuta ayuda al cliente a fomentar su salud utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de estas como fuerzas dinámicas de cambio" (p. 5). En esta definición, Bruscia incluye aspectos relacionados entre otras con definiciones como Proceso, el Terapeuta, Participante y Experiencias Musicales.

En cuanto a proceso, hay que aclarar que “es basado en el método científico pues determina unos objetivos, los cuales se deben seguir a través del tiempo. También es metódica, es decir que tiene unos pasos y unas lógicas propias dentro del diagnóstico, tratamiento y evaluación. También este proceso es basado en conocimientos, por cuanto el

terapeuta debe certificar que conoce y éticamente es apto para ejercerla, además de la regulación que la práctica de la musicoterapia implica”.

“En cuanto al terapeuta, el autor adopta la definición de Bloch (citado por Bruscia, 1982), el cual lo explica como la persona que está aceptada socialmente para ejercer tal rol por su capacitación y habilidades. Esto implica las relaciones de transferencia y contratransferencia, la relación contractual, el enfoque de salud que define la intervención y la necesidad de ser experto en la práctica para lograr resultados acordes a los objetivos del autor” (Bruscia, 2007).

Por otro lado, “se encuentra al paciente como la persona que requiere ayuda y que a través de las experiencias musicales y en el uso de las técnicas musicoterapéuticas en los encuentros, se debe tener como prioridad al usuario y no a la música precisamente. Esto indica que los resultados musicales no deben generar juicio frente a lo estético sino en lo que debe ser significativo para el usuario” (Bruscia, 2007).

Así, “la Musicoterapia es una disciplina científica, con unos métodos y técnicas que son utilizados por el Musicoterapeuta a través de las experiencias musicales para el fomento de la salud del usuario, teniendo en cuenta que estos son basados en el método científico, a través de la regulación de su práctica el conocimiento y experiencia del terapeuta” (Bruscia, 2007).

De esta manera, se puede decir que la música es uno de los placeres que las personas con discapacidad visual pueden disfrutar plenamente, por lo que la musicoterapia puede ofrecer experiencias sensoriales, motoras, emocionales y sociales necesarias para que desarrollen la compensación adecuada a su discapacidad, (Burgos, 2010, p 13) y permite

«desarrollar objetivos integradores que abarquen al individuo en su totalidad» (Barahona, 2010; p. 20).

Los artículos y estudios existentes al respecto muestran evidencias de que la musicoterapia fortalece la autoestima de las personas con discapacidad visual (Barahona, 2010; Baixauli, 2011), contribuye al desarrollo de su esquema corporal (Burgos, 2010; Baixauli, 2011), produce un aumento de la sensación de seguridad (Burgos, 2010) y de la exploración del entorno (Gourgey, 1999) y mejora las habilidades sociales (Dauber, 2011; Burgos, 2010; Gourgey, 1999).

De esta manera, la investigación se realizará utilizando los cuatro métodos de la musicoterapia, los cuales son: “el de improvisación, re - creación, receptivo y de composición, donde, el método de improvisación utiliza experiencias en las que el usuario crea música con instrumentos, su voz y su cuerpo. Para llevar a cabo este método, no es necesario que los usuarios tengan conocimientos musicales previos, sino que el Musicoterapeuta facilite a través de las técnicas propias de este método la posibilidad de que el usuario pueda crear música que después podrá ser utilizada para su interpretación, reflexión o diversos usos los cuales se generan desde los objetivos planteados. Este método tiene como objetivo desarrollar un canal de comunicación no verbal, la expresión, la relación con el otro, la intimidad y fomentar las capacidades de escucha” (Bruscia, 2007).

El método Re - creativo, se realiza para que el usuario "aprenda o ejecute música vocal o instrumental compuesta previamente" (p. 101) Bruscia (2007). En esta parte se hace uso de la música que hace parte del repertorio propio de los usuarios para diferentes objetivos terapéuticos y uno de sus usos más aceptados se encuentran en el trabajo de Canciones del "Abordaje Plurimodal" de Schapira. Para este proyecto se utilizará este método para generar la identificación y empatía por los demás, en utilizar un nuevo lenguaje y comunicar ideas,

emociones y aprovechar las temáticas de las canciones para crear formas de comunicación” (Schapira et al, 2007).

Las experiencias del Método de Composición buscan que la persona escriba canciones, letras o piezas instrumentales, y logre plasmar aspectos de su vida o del motivo de consulta. También es muy usado a través del Trabajo de Canciones del "Abordaje Plurimodal" (Schapira et al, 2007) donde “los productos logrados pueden ser analizados desde la subjetividad de los usuarios y objeto de análisis dependiendo de los objetivos planteados para cada sesión. Su uso busca desarrollar habilidades de trabajo en grupo, planificación, solución creativa de problemas, capacidad de logro y exploración de nuevos temas terapéuticos dentro de la autoestima”.

Finalmente, las experiencias del método receptivo buscan que la persona escuche de manera silenciosa la música. “Esta escucha de la música, puede provenir de música grabada o interpretada por el Musicoterapeuta, utilizando técnicas reflexivas o de imaginación (Grocke & Wigram, 2011). Se usa para promover la receptividad, evocar reacciones y estados específicos, estimular la memoria, la imaginación, la fantasía y llegar a experiencias cumbre de reflexión frente al autoconcepto, la autonomía, la relación con el cuerpo y el bienestar”.

Por otra parte, el enfoque musicoterapéutico en el que se basó esta investigación es la terapia de aceptación y compromiso, la cual, se engloba dentro de las denominadas terapias de tercera generación, que surgieron entre los años 80 y 90, de la que parte de los modelos terapéuticos conductuales y cognitivos.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT sigla en inglés) pone énfasis en el diálogo y el contexto funcional y buscan la aceptación y la actitud no enjuiciadora como manera de encontrar el bienestar (Soriano et al, 2021).

La ACT se presenta como una alternativa a la psicología tradicional y es un modelo de psicoterapia que está respaldado científicamente y que utiliza distintas técnicas: paradojas, ejercicios experimentales, metáforas, trabajo con valores personales e incluso el entrenamiento mindfulness. La ACT emplea algunos principios que permiten que los usuarios desarrollen la flexibilidad mental necesaria para mejorar su bienestar emocional.

1. Aceptación

La aceptación significa reconocer y aprobar nuestra experiencia emocional, nuestros pensamientos o nuestros sentimientos. Tiene que ver con tratarnos con cariño y compasión a pesar de no ser perfectos. No se debe luchar contra nuestros eventos privados ni huir de ellos.

En realidad, la aceptación de la situación presente contribuye a que muchos de los aspectos de la vida que se perciben como problemas dejen de serlo, disminuyendo así el nivel de ansiedad y los factores de malestar asociados a este.

2. De fusión cognitiva

Se trata de observar nuestros pensamientos y cogniciones como lo que son, trozos de lenguaje, palabras, imágenes, etc. Simplemente, observar y dejar ir sin juzgarlos. De este modo se adopta una visión distanciada y más racional de las cosas.

3. Experiencia presente

El presente es el único momento que se puede vivir. El estar en el aquí y el ahora con una mentalidad abierta y la conciencia plena, participando totalmente con la atención debida a lo que está ocurriendo en nosotros y nuestro alrededor es la clave de nuestro bienestar.

4. El “Yo observador”

Significa desprenderse del yo conceptualizado, es decir, del apego hacia nuestras propias narraciones. Desde la perspectiva del yo como observador vemos las cosas desde un punto de vista no enjuiciador.

5. Claridad de valores

La ACT exige un trabajo de autoconocimiento que permite clarificar nuestros valores desde lo más profundo del alma. ¿Qué es lo verdaderamente valioso para nosotros? ¿Dónde queremos estar o ir en realidad? Estas son algunas de las preguntas a las que hay que responder.

6. Acción comprometida

La dirección que se sigue siempre debe estar determinada por nuestros propios valores y no por las imposiciones sociales. Hay que involucrarse en acciones significativas para nosotros mismos. De este modo, somos mucho más propensos a comprometernos con nuestros proyectos y hacer que progresen al ritmo que queremos.

3. Marco Metodológico

Teniendo en cuenta el marco teórico que relaciona los principales aspectos de este proyecto, es importante destacar cómo todos estos conceptos se relacionan con la musicoterapia y de esta manera articular la metodología con los instrumentos y la información obtenida para lograr los resultados coherentes a los objetivos planteados. En primer lugar, hay que indicar que este estudio es de diseño mixto, el cual busca recoger información tanto cualitativa y cuantitativa dando mayor riqueza a los resultados y su posterior análisis (Hernández, Fernández, & Baptista, 1998). Esto implica el uso de instrumentos específicos los cuales deben ser coherentes con las fases del estudio y permiten de manera lógica entender las dinámicas propias de la Autoestima y categorías planteadas en esta investigación a través de la musicoterapia.

Este estudio es de tipo secuencial (Hernández, Fernández, & Baptista, 1998), pues en un primer momento, se recogió la información cuantitativa, en el segundo la información cualitativa y por último nuevamente la cuantitativa a través de los instrumentos indicados. Esto permitió realizar la integración de toda esa información para lograr los resultados obtenidos. Según estos autores, dentro de este proceso, hay que triangular la información, lo que se realizó respectivamente al tomar y analizar los resultados cuantitativos. Posteriormente al realizar la revisión y análisis de los hallazgos cualitativos lo que llevó a un tercer momento el cual fue realizar la integración de toda esta información para llegar a los resultados expuestos al final de este documento.

En congruencia con esto, y para llevar a cabo los momentos terapéuticos y dar coherencia al diseño, se utilizaron inicialmente instrumentos como la Ficha Musicoterapéutica de Benenzon (2011), la cuál es una herramienta que extrae información de los usuarios de manera individual de aspectos generales como la historia

familiar, diagnóstico e información básica del usuario. Esta misma ficha, contiene un apartado de historia musical donde el musicoterapeuta reconoce el contacto del usuario con la música a través de su vida como lo son las canciones, agrupaciones o artistas favoritos e instrumentos con los que tenga preferencia y si alguna vez ha realizado estudios musicales (Benenzon, 2011). Esta información es valiosa para reconocer su proximidad con la música, sus preferencias y aptitudes para acercarse a ella y a su propia musicalidad, lo que implica retos y capacidad de compromiso con el proceso musicoterapéutico.

Posteriormente y para realizar el análisis de la información cualitativa, se diseñó el Formato de Registro y Análisis de Sesión el cual fue confeccionado desde las categorías de análisis explicadas en el Marco Teórico, como el autoconcepto definido por Heaussler & Milicic (2017), la autonomía, corporalidad y el bienestar, los cuales permiten evidenciar la expresión emocional y las manifestaciones relacionales con los otros y la manera como se desarrolla la musicalidad de los usuarios a través de las sesiones para llegar a los cambios observados en esta investigación.

Respecto al instrumento cuantitativo, se encuentra la escala de autoestima de Rosenberg, versión validada en Colombia por Gómez-Lugo et al. (2016). Con la cual se recogió la información pre y post de la Autoestima de los usuarios. Esta prueba se basa en 10 afirmaciones, donde se pide a los usuarios que marquen con una X la respuesta que consideren, de la manera más honesta posible (Gomez Lugo et al, 2016).

Tabla 1. Escala de autoestima de Rosenberg

Pregunta	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4
2. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.*	1	2	3	4
3. Creo que tengo buenas cualidades.	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	1	2	3	4
5. Pienso que tengo muchas cosas de las cuales sentirme orgulloso/a.	1	2	3	4
6. A veces me siento inútil.*	1	2	3	4
7. Creo que soy una persona igual de valiosa a la mayoría de la gente.	1	2	3	4
8. Quisiera respetarme más a mí mismo/a.*	1	2	3	4
9. Tiendo a pensar que soy un fracasado/a.*	1	2	3	4
10. Tengo una visión positiva sobre mí mismo/a.	1	2	3	4

Nota: *Los ítems con asterisco deben invertir su escala de respuesta.

3.1. Marco Institucional

La Universidad Nacional de Colombia (UNAL) es una universidad pública colombiana del ámbito nacional, fundada bajo el gobierno de Santos Acosta el 22 de septiembre de 1867, su sede principal se encuentra ubicada en la ciudad de Bogotá. Es la universidad más importante y representativa de Colombia por su tradición, prestigio, calidad y selectividad. Está vinculada a la historia y producción académica de América Latina.

Por su parte, la Universidad Nacional de Colombia bajo el acuerdo 036 de 2012 gestiona y trabaja con la política institucional para la inclusión educativa de las personas con discapacidad y de esta manera, busca garantizar herramientas que ayuden y aporten a sus estudiantes en estas condiciones.

En la Universidad Nacional hay estudiantes con discapacidad auditiva, visual, intelectual, sicosocial y física. El equipo de profesionales de la División de Acompañamiento Integral de la Dirección de Bienestar Universitario realiza un análisis de cada estudiante, desde que ingresa a la Universidad, para determinar cómo se encuentra su discapacidad, en el caso de que la tenga. Así mismo, hacen un diagnóstico de necesidades para identificar las herramientas de accesibilidad física y digital que requiere, de acuerdo con su ritmo de aprendizaje y de esta manera, poder garantizar una permanencia y una constancia en su proceso académico.

Desde 2017 la Universidad ha venido adquiriendo equipo y material adaptado, como plantillas plásticas del sistema nervioso y genogramas, computadores, diademas de audio y grabadoras digitales para la Sala Incluyente ubicada en la Biblioteca Central, con el fin de facilitar a las personas ciegas o con baja visión, un mejor acceso a la información digital. Así mismo, se instalaron 391 unidades de señalética en Braille en distintos edificios y 290 licencias

de Jaws y Magic, las cuales fueron otorgadas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia.

Adicionalmente, y teniendo en cuenta la diversidad de población con discapacidad en la Universidad, los profesionales del área de Acompañamiento han realizado capacitación a docentes sobre cómo deben aplicar ciertas metodologías, pedagogías y sistemas de evaluación, con el fin de apoyar y orientar de una manera adecuada el aprendizaje de los estudiantes con algunas limitaciones.

En la actualidad, la Universidad Nacional destina un presupuesto para que los estudiantes con discapacidad auditiva cuenten con el apoyo de intérpretes o traductores para que participen en las aulas de clase, y les interpreten los contenidos de la materia que corresponda.

De igual forma, el equipo de Acompañamiento integral se capacita en lenguaje de señas, para garantizar un servicio completo a los estudiantes y poder gestionar soluciones ante sus necesidades.

Por otra parte, dentro del programa Proyección profesional y preparación para el cambio, se está trabajando con egresados que presentan algún tipo de inhabilidad, para conocer el proceso de vinculación laboral que tienen y analizar su campo de acción. “Se han realizado sondeos a nivel distrital con entidades que fomentan la inclusión laboral y acercamientos con entidades a nivel estatal y distrital, como la Contraloría e IDEARTES, para conocer oportunidades de inclusión laboral, que puedan ofertarse a los estudiantes.

Por medio del Área de Acompañamiento, la Universidad Nacional ha venido adelantando un diagnóstico acerca de qué espacios físicos del campus requieren o deberían tener algunos ajustes, para facilitar una mayor comodidad y desplazamiento de los estudiantes

con discapacidad. Este análisis se ha adelantado gracias al aporte técnico y profesional del Instituto Nacional de Ciegos (INCI) y el Icontec.

Para el futuro, la Universidad entiende la importancia de hacer un campus accesible para todos; por esta razón programa actividades deportivas y culturales que permitan la participación de personas con y sin discapacidad, fomentando así la inclusión de toda la comunidad universitaria (Bienestar UNAL, 2012).

3.2. Diseño de Investigación

Esta es una investigación de diseño Mixto. Para Hamui (2013), este modelo combina la perspectiva cuantitativa y cualitativa en la misma investigación y busca ofrecer una mirada amplia de la comprensión de los hallazgos en el proceso de análisis de los resultados (Hamui-Sutton & Varela, 2013). En este caso, lo cuantitativo busca describir los resultados de la aplicación de una prueba estandarizada para determinar el efecto de la Musicoterapia en la autoestima de los usuarios de la investigación. Por otra parte, en lo Cualitativo, se busca realizar una descripción detallada de los fenómenos encontrados dentro de las categorías presentadas las cuales buscan determinar cómo se afectó la autoestima por medio del proceso musicoterapéutico desde lo que los usuarios manifiestan y sienten y la observación permanente del musicoterapeuta encargado de planear, ejecutar y evaluar las sesiones.

3.2.1. Población

Los participantes de esta investigación fueron 4 estudiantes de diversas carreras de la Universidad Nacional, una de ellas con ceguera total y los otros restantes con baja visión.

3.2.2. Criterios de inclusión

- Jóvenes o adultos.
- Tener discapacidad visual y o baja visión.
- Ser estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia.
- Vivir en Bogotá.

3.2.3. Criterios de exclusión

- Tener disminución de la capacidad auditiva y/o sordera.
- Tener diagnóstico confirmado de enfermedad o trastorno psiquiátrico, o algún tipo de déficit cognitivo.
- Haber participado en procesos de musicoterapia previos.

3.2.4. Variables

Variable dependiente:

En este caso, se busca que dicha respuesta sean cambios observables en la Autoestima.

Variable independiente:

La variable independiente es la musicoterapia. Para este estudio, se busca que los participantes logren elaborar un autoconcepto, el reconocimiento de fortalezas y cualidades, la relación con su cuerpo, la autonomía y las relaciones con otras personas a través del diseño de las sesiones.

3.2.5. Instrumentos de registro y medición.

Al ser un estudio mixto, se utilizó como instrumento cuantitativo de medición, la escala de autoestima de Rosenberg

También se aplicó la prueba de confiabilidad de Rangos con Signo Wilcoxon.

Para el registro cualitativo, se utilizaron entrevistas semiestructuradas previas a la intervención, diario de campo, ficha musicoterapéutica y el "Formato de Registro de Análisis de Sesión", en el cual se consignó lo observado desde las categorías planteadas.

3.2.5.1. Consentimiento informado.

Es un formato que tiene como objetivo informar a los participantes lo que implica este estudio en cuanto al tratamiento de la información que ellos brindarán a través de las sesiones, así como los videos y los diferentes momentos de la investigación. Adicionalmente, en donde la persona acepta las condiciones y consiente afirmativamente participar del estudio.

3.2.5.2. Ficha musicoterapéutica.

Este formato recolecta información sobre gustos, preferencias y rechazos sonoro – musicales, capacidades motoras, de lenguaje y cognitivas con respecto a lo sonoro, es decir, recoge información que permite conocer la musicalidad del usuario.

3.2.5.3. Escala de autoestima de Rosenberg.

La escala de autoestima de Rosenberg consta de diez ítems; cada uno de ellos es una afirmación sobre la valía personal y la satisfacción con uno mismo. La mitad de las frases están formuladas de forma positiva, mientras que las otras cinco hacen referencia a opiniones negativas.

Cada ítem se puntúa del 1 al 4 en función del grado en que la persona que contesta se identifica con la afirmación que lo constituye. Así, el 1 se corresponde con estar totalmente en desacuerdo y el 4 con estar totalmente de acuerdo.

Una puntuación igual o inferior a 25 indica una autoestima baja, situándose la autoestima media entre los 26 y 29 puntos, la autoestima alta se sitúa a partir de los 30 puntos hacia arriba.

Los resultados de la escala se distribuyen así:

- De 30 a 40 puntos: Autoestima alta, considerada como autoestima normal.
- De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

3.2.5.4. Formato de Registro de Análisis de Sesión.

Corresponde al formato donde se recogen los principales acontecimientos observados durante la sesión. Este formato se diligenció inmediatamente después de cada sesión, para apuntar los principales cambios observados en los usuarios.

3.2.6. Procedimiento

Se procede a contactar a la Universidad Nacional, institución objeto de esta investigación.

Por medio, de anteproyecto de investigación, se dio a conocer que es la musicoterapia, cuáles son los objetivos musicoterapéuticos, alcances y beneficios que se pretendían obtener con la población.

A partir de aquí, se hizo una convocatoria con el apoyo de la división de acompañamiento integral, donde se invitó a los estudiantes con discapacidad visual de todas las carreras de la universidad, a participar en el proyecto de investigación, de los cuales se inscribieron 4 estudiantes.

Así mismo, previo al diseño de las fases, se determinaron los objetivos terapéuticos los cuales guiaron el proceso de planeación de cada una de las sesiones. Estos objetivos fueron:

Favorecer la integración del grupo a través de una dinámica de compartir instrumentos musicales entre compañeros, para promover interacción.

Fortalecer el movimiento y la confianza, por medio de sonidos, para facilitar el desplazamiento y exploración del entorno.

Promover el uso del cuerpo, la creatividad y el sonido, como medio de expresión.

Fomentar la comunicación de ideas, pensamiento y sentimiento por medio de improvisación grupal.

Resaltar en los usuarios a modo de dedicatoria, fortalezas y cualidades por medio de la re - creación de canciones y el canto colectivo.

Resaltar en los usuarios fortalezas y cualidades por medio de ensamble musical y canto colectivo.

3.2.7. Fases del proceso de investigación

Para este proyecto, se determina la realización de 3 fases, en las cuales se distribuyeron las actividades para cada momento de la investigación:

3.2.7.1. Fase de valoración inicial.

En este punto, se procedió a aplicar la primera prueba psicométrica, escala de autoestima de Rosenberg, la cual, se aplicó de manera individual a los usuarios. También se realizó la ficha musicoterapéutica para el reconocimiento musical individual de los usuarios, de donde se obtuvo la información base para el desarrollo de las intervenciones.

3.2.7.2. Fase de intervención.

Se realizaron las sesiones de musicoterapia a través del plan y registro de cada una. Para esta fase, se utilizó el Formato de Registro de Sesión para consignar lo observado en cada una frente a las categorías de análisis. Esta fase se distribuyó en 3 partes:

Intervención Inicial. En donde los usuarios reconocen que es la musicoterapia y logran una adaptación inicial al proceso a través de métodos de improvisación y receptivo. Para esta fase, se utilizaron las dos primeras sesiones.

Intervención Intermedia. Sesiones en las cuales se llevaron a cabo actividades y técnicas en donde se abordaron cada uno de los objetivos propuestos para este proyecto de investigación. Se realizaron 15 sesiones en total.

Intervención Final. Sesión de cierre, donde los usuarios compartieron lo que más les gustó, sus impresiones acerca del proceso y la percepción de cómo la musicoterapia aportó a su crecimiento personal.

3.2.7.3. Fase de cierre.

En esta fase se realizó la segunda aplicación de la escala de autoestima de Rosenberg, para posteriormente hacer el análisis de la información cuantitativa a través de la comparación con los resultados obtenidos en la Fase de Valoración Inicial. Además, se realiza el análisis de la información recogida en la Fase 2 de Intervención. Por último, se procedió a elaborar el

documento final donde se incluyen los apartados de Resultados, Discusión y Recomendaciones.

3.2.8. Proceso musicoterapéutico

Las sesiones se realizaron en tres momentos específicos, fase inicial, fase de desarrollo y fase de Cierre. En la fase inicial, se realizaron actividades de caldeoamiento donde los usuarios se preparaban para cada sesión a través de un saludo inicial, calentamiento y estiramiento de extremidades del cuerpo, juego de percusión corporal con voz, palmas y movimiento, haciendo uso de los diferentes métodos musicoterapéuticos.

En la fase de desarrollo, se trabajaron los objetivos propuestos en cada sesión. Haciendo uso de los cuatro métodos, buscando desarrollar cambios significativos en la percepción y bienestar de los usuarios.

En la fase de cierre, se permitió a los usuarios expresar y retroalimentar, todas aquellas cosas que quisiesen manifestar a cerca de lo vivido durante las sesiones, invitándolos a reflexionar, agradeciendo y despidiendo la sesión de manera verbal o con canciones.

3.2.8.1. Encuadre.

El proyecto de investigación se realizó en su totalidad dentro del campus universitario de la universidad nacional en dos puntos, el martes en la mañana en el conservatorio de música y el jueves en la tarde en el laboratorio de musicoterapia de la maestría, esto debido a la disponibilidad del espacio. en estos dos lugares, se llevaron a cabo cada una de las sesiones propuestas en el proyecto.

3.2.8.2. Setting musicoterapéutico.

Para la realización de las sesiones se tubo disposición de los siguientes instrumentos musicales:

Guitarra, ukelele, bongó, guacharaca, xilófono, maracas, claves, tambor alegre llamador tambora, tambor de olas, kalimba, palo de agua, pandero, tubos de percusión, maracas, maracón, caja vallenata y cajón flamenco.

3.2.8.3. Otros elementos.

Cámara de video con su respectivo trípode, grabadora de audio (grabadora periodística), para poder hacer el respectivo registro de las sesiones, equipo de sonido, para la reproducción de música y otros elementos como colchonetas, hojas de papel, colores y marcadores.

4. Resultados

Para presentar los resultados, se organizó en primer lugar el análisis cuantitativo, donde se presenta lo encontrado en la pre-intervención y la pos-intervención de la escala de autoestima de Rosenberg con su respectivo análisis. Posteriormente se presenta lo observado en lo cualitativo, donde se muestran las categorías en las que se consigna la información con su respectiva descripción, para luego presentar las fases del proceso musicoterapéutico, donde se describe lo encontrado en cada categoría durante el proceso. Para terminar, se expone el análisis de toda la información recolectada.

Se debe mencionar que de los 4 usuarios que ingresaron, el número 4 no continuó en el proceso y por ende no presentó la prueba pos-intervención y para la investigación sólo se tuvieron en cuenta los primeros 3. Teniendo en cuenta esto, en adelante se identificarán de la siguiente manera:

Tabla 2. Codificación de participantes

No. De identificación	Participante
01	SIM
02	MAR
03	DIE
04	ADR

4.1. Descripción Musicoterapéutica

Durante la intervención musicoterapéutica se realizaron actividades donde se utilizaron los diferentes métodos y técnicas en las cuatro categorías analizadas a continuación:

Autoconcepto:

En esta categoría, se llevaron a cabo actividades en donde se hizo uso del método re - creativo, junto con el trabajo de canciones. Estas actividades se desarrollaron en diferentes sesiones, donde se invitó a pensar y re - crear las estrofas y los diferentes coros de las canciones, teniendo en cuenta e identificando sus fortalezas y cualidades, como creen que los demás los perciben, su autoconcepto y, por último, a manera de dedicatoria se les invitó a destacar fortalezas y cualidades de sus compañeros.

A partir, de los aspectos percibidos tanto positivos como negativos en el autoconcepto de los usuarios, se fue trabajando, transformando y evolucionando a lo largo de las sesiones junto con el trabajo de canciones.

Por medio de la dedicatoria de canciones, los usuarios resaltaron fortalezas y cualidades, lo que permitió que ellos se sintiesen admirados por sus compañeros, como una forma de retroalimentación demostrando empatía, destacando aspectos relacionados con sus logros, habilidades y compañerismo.

Autonomía:

Para esta categoría, se realizaron actividades que involucraban dirigir al grupo, su corporalidad, el desplazamiento y la exploración del entorno, buscando a lo largo de las sesiones promover su autonomía.

Se les invito a explorar el salón, con ayuda de diferentes sonidos emitidos con la guitarra. En este punto, se observa a los usuarios atentos a los diferentes timbres producidos con la guitarra, explorando con el cuerpo, pies y manos, el salón y describiendo las diferentes cosas que se iban encontrando a su paso durante el recorrido, manifestando curiosidad y tranquilidad en la exploración.

Estas actividades de dirigir y moverse por el espacio se siguieron trabajando y reforzando paulatinamente durante casi todas las sesiones.

También, se utilizó una mezcla de canciones de videojuegos, el cual contenía diversas canciones populares con variaciones en el tempo, donde estando de pie, se invitó a los usuarios a moverse por el espacio al ritmo de la música, llevando el tradicional juego de palmas e invitándolos a dirigir el movimiento.

Se observó, que cada uno dirige de manera espontánea al grupo, explorando el espacio, llevando el pulso y el ritmo de manera sincronizada, proponiendo diferentes movimientos y liderando con creatividad, lo que permitió seguir fortaleciendo su confianza y autonomía al dirigir al grupo.

Corporalidad:

En esta categoría, en los momentos iniciales de cada sesión se propusieron dinámicas que involucraban el cuerpo a través de estiramientos y calentamiento de las extremidades, como saludos corporales con el uso de la voz y las palmas, lateralidad y ejercicios rítmicos de percusión corporal.

A partir de estas actividades se observó, como se relacionan con su cuerpo y con el de los demás, dándole importancia a la expresión de sus gestos y movimientos, comunicando sus ideas sensaciones y sentimientos por medio de la voz y el cuerpo.

También se observó, que siempre estuvieron dispuestos a participar de las actividades propuestas, atentos a las consignas y con actitud de logro frente a los retos que se indicaba en cada sesión.

Bienestar:

Para esta categoría se plantearon durante las sesiones, diferentes actividades en donde se trabajó tanto de manera individual como grupal, haciendo uso del método receptivo, se buscó reconocer y resaltar en los usuarios, experiencias positivas relacionadas con sus metas y logros obtenidos a lo largo de la vida.

Se buscó que logaran interactuar, socializar sus experiencias, el trabajo en equipo y facilitar la expresión de sus emociones y sentimientos de manera libre, relacionados con su Autoconcepto.

Durante el proceso, se pudo observar cómo inicialmente, los usuarios empezaron interactuando con un poco de timidez. Sin embargo, al transcurrir las sesiones, se observó cómo fue aumentando la confianza entre ellos al expresar y compartir sus experiencias, al resaltar sus cualidades y la de sus compañeros, generando sensación de bienestar en ellos.

4.2. Resultados Cuantitativos

Para presentar estos resultados, se llevó a cabo la prueba de Rosenberg en dos momentos, en la Fase inicial y en la fase final de la investigación. En la primera fase se realizó con 4 usuarios, luego del diligenciamiento del consentimiento informado, en donde se explicó en qué consistía el proyecto y sus objetivos.

Para lograr diligenciar el formato, se le explico a cada usuario en qué consistía la prueba, se describieron las 4 diferentes posibilidades de respuesta y se leyeron una por una las 10 preguntas de la prueba. Para ello, se hizo uso de un computador con lector de pantalla, en donde se fue consignando las respuestas dadas por los usuarios.

De igual manera, se aplicó la prueba al final del proceso, en donde para ese momento se presentaron 3 usuarios, a quienes se les proporcionó un espacio para escuchar y reflexionar sobre cada una de las preguntas, para luego diligenciar el formato nuevamente.

De esta manera se obtienen los resultados que se muestran a continuación:

4.2.1. Escala de autoestima de Rosenberg

Resultados pre-intervención:

En esta fase, se encuentra que solo un usuario se encuentra dentro del rango de autoestima alta, los demás se encuentran en el rango de autoestima media y autoestima baja, como se podrá observar en la siguiente tabla:

Tabla 3. Resultados Pre, escala de autoestima de Rosenberg

Usuario	Sexo	Edad	Puntaje Directo	Percentil
SIM	M	22	33	42,5
MAR	M	20	26	7
DIE	H	21	25	5
ADR	H	24	32	30

Resultados pos-intervención:

Para esta fase, se observan cambios significativos, sobre todo en los rangos de autoestima media a alta y de autoestima baja a media, como se podrá observar en la siguiente tabla:

Tabla 4. Resultados Pos, escala de autoestima de Rosenberg

Usuario	Sexo	Edad	Puntaje Directo	Percentil
SIM	M	22	34	50
MAR	M	20	31	30
DIE	H	21	26	7,5
ADR	H	24	N.A.	N.A.

Teniendo en cuenta los resultados Pre y Pos, se puede realizar la comparación entre las dos fases, en donde se pueden observar cambios después de las intervenciones, en la siguiente tabla:

Tabla 5. Comparación Pre y Pos, escala de autoestima de Rosenberg

Usuario	Sexo	Edad	Resultados Pre		Resultados Pos		Diferencia	
			Directo	Percentil	Directo	Percentil	Directo	Percentil
SIM	M	22	33	42,5	34	50	1	7,5
MAR	M	20	26	7	31	30	5	23
DIE	H	21	25	5	26	7,5	1	2,5
ADR	H	24	32	30	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Se puede observar cómo las intervenciones musicoterapéuticas lograron un efecto positivo en la autoestima de cada uno de los usuarios. Por ejemplo, la usuaria MAR paso de 26 a 31 puntos, lo que significa que tuvo un aumento de 5 puntos, pasando de tener autoestima media a autoestima alta.

Por otra parte, el usuario DIE paso de 25 a 26 puntos, teniendo un aumento positivo de 1 punto, pasando de tener autoestima baja a autoestima media y la usuaria SIM paso de 33 a 34 puntos, manteniéndose en una autoestima alta, con un incremento positivo de 1 punto.

4.2.2. Prueba de confiabilidad de Rangos con Signo Wilcoxon

Tras realizar la prueba de Rangos con Signo Wilcoxon, se observa que no existe evidencia para rechazar la hipótesis nula de esta investigación, dado que el valor p es de 0,1284 y teniendo un valor alfa de 0,05 como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla 6. Prueba de confiabilidad de Rangos con Signo Wilcoxon

	Pre	Post	d	abs (d)	rangos
SIM	42,5	50,0	-7,5	7,5	2
MAR	7,0	30,0	-23,0	23	3
DIE	5,0	7,5	-2,5	2,5	1
n=	3	Ha:	La autoestima de las personas con discapacidad visual se fortalece o cambia por medio de intervenciones musicoterapéuticas.		
W(+)=	33,0				
W(-)=	0				
W =	0,0				
Z (cal)=	-1,1	Ho:	La autoestima de las personas con discapacidad visual NO se fortalece o cambia por medio de intervenciones musicoterapéuticas.		
α=	0,05				

Valor crítico una cola	1,64	Decisión:	No existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula.
Valor crítico dos colas	1,96		
p-valor=	0,1284		

4.3. Resultados Cualitativos

El análisis Cualitativo se realizó mediante el proceso de observación y registro de las sesiones, donde, los usuarios demostraron que la música los lleva a expresar ideas, emociones, sentimientos, compartir recuerdos, experiencias y situaciones vividas, relacionadas con su Autoestima.

Para poder analizar la información obtenida, se dividieron en 4 categorías, que surgen de la revisión bibliográfica donde se destacan los siguientes aspectos relacionados con la autoestima:

- Autoconcepto
- Autonomía
- Corporalidad
- Bienestar

Se obtuvieron los siguientes resultados de cada categoría en dos momentos, al iniciar y finalizar la intervención musicoterapéutica:

Tabla 7. Resultados categoría autoconcepto

USUARIO	PRE	POS	OBSERVACION
SIM	Se describe como una persona responsable, perfeccionista, rígida y de carácter fuerte.	Mantuvo su responsabilidad, le gusta de descubrir y aprender, carismática y sociable.	Se observa flexibilidad en su rigidez, capacidad de lograr metas y objetivos, compañerismo y empatía.
MAR	Se describe como una persona un poco dispersa, se irrita con facilidad, tímida y poco sociable.	Mantuvo su timidez, le gusta jugar y aprender, cariñosa con su círculo más cercano.	Se observa cambios en la confianza y la atención, capacidad de esfuerzo y logro, compañerismo y empatía.
DIE	Se describe como una persona insuficiente, poco valioso con relación a los demás, tímido y se frustra con facilidad.	Mantuvo su timidez, le gusta hacer amigos, es divertido y carismático.	Se observa cambios en su confianza y valor como persona, capacidad de esfuerzo y logro , compañerismo y empatía.

Tabla 8. Resultados categoría autonomía

USUARIO	PRE	POS	OBSERVACION
SIM	Autónoma en sus decisiones, realiza sus actividades diarias dentro y fuera de la universidad con relativa facilidad. Tiene dificultad en el desplazamiento, requiere de ayuda de otra persona para poder moverse en la ciudad.	Mantuvo su autonomía en la toma de decisiones, comparte y expresa sus ideas, realiza sus actividades diarias, no tiene problema en pedir ayuda cuando lo requiere.	Se observa confianza y seguridad en sus desplazamientos y movilidad dentro del espacio de musicoterapia, no tiene problema en tomar la iniciativa, dirige al grupo con liderazgo.
MAR	Autónoma en sus decisiones, realiza sus actividades diarias dentro y fuera de la universidad con relativa facilidad, se desplaza y moviliza por la ciudad sola con ayuda de su residuo visual y su bastón.	Mantuvo su autonomía en la toma de decisiones, hameces le cuesta compartir y expresar sus ideas, realiza sus actividades diarias, le da pena pedir ayuda.	Se observa que no tiene dificultad para desplazarse y moverse dentro del espacio de musicoterapia, dirige y apoya a sus compañeros en los desplazamientos y el movimiento.

DIE	Autónomo en sus decisiones, en algunas ocasiones le cuesta realizar sus actividades diarias dentro y fuera de la universidad, se desplaza y se moviliza solo por la ciudad con ayuda de su residuo visual y su bastón.	Mantuvo su autonomía en la toma de decisiones, comparte y expresa sus ideas, se esfuerza por llevar a cabo sus actividades diarias, no le gusta pedir ayuda.	Se observa que se desplaza y se mueve con confianza dentro del espacio de musicoterapia, no tiene problema en proponer ideas y dirigir al grupo.
------------	--	--	--

Tabla 9. Resultados categoría corporalidad

USUARIO	PRE	POS	OBSERVACION
SIM	Postura encorvada, hombros hacia adelante, mirada en dirección a los sonidos, gestos faciales poco expresivos, tono de voz medio, movimiento lento de sus extremidades, movimientos variados de sus manos para comunicar ideas.	Mantuvo la mirada en dirección a los sonidos, el movimiento de sus manos para comunicar ideas, movimientos flexibles y fluidos de sus extremidades.	Se observa una mejor postura, espalda y hombros erguidos gestos faciales expresivos, seguridad en su tono de voz, expresión y comunicación de ideas a través del cuerpo.
MAR	Postura encorvada, hombros hacia adelante, mirada en dirección a los sonidos, gestos faciales expresivos, tono de voz bajo, movimientos rígidos de sus extremidades.	Mantuvo la mirada en dirección a los sonidos, expresa ideas a través del movimiento de sus manos, gestos faciales expresivos.	Se observa una mejor postura, espalda y hombros erguidos, mantuvo gestos faciales expresivos, aumento la seguridad en su tono de voz, expresión y comunicación de ideas a través del cuerpo.
DIE	Postura erguida, hombros hacia atrás, mirada en dirección a los sonidos, gestos faciales expresivos, tono de voz bajo, movimiento lento de sus extremidades.	Mantuvo la mirada en dirección a los sonidos, postura erguida, gestos faciales expresivos, movimientos fluidos de sus extremidades.	Se observa buena postura corporal, expresividad en sus gestos faciales, aumento de la seguridad en su tono de voz, expresión y comunicación de ideas a través del cuerpo.

Tabla 10. Resultados categoría bienestar

USUARIO	PRE	POS	OBSERVACION
SIM	Música, deporte, mascotas, familia.	Disfruta tocar y hacer música, le gusta cantar, le gusta pasar tiempo con su familia , viajar.	Durante las sesiones manifestó sentirse cómoda y tranquila, disfruta de la música, se siente bien consigo misma.
MAR	Música, mascotas, anime, dormir.	Disfruta escuchar música, le gusta pasar tiempo con sus gatos, disfruta de las series de anime.	Durante las sesiones manifestó sentirse serena y tranquila, disfruta de la música, se siente bien consigo misma.
DIE	Música, amigos, familia, comer.	Disfruta escuchar y hacer música, le gusta el violín y la guitarra, pasar tiempo con los amigos, comer, disfruta de la música en vivo.	Durante las sesiones manifestó sentirse tranquilo y en paz consigo mismo, disfruta de la música.

En cada sesión se llevó a cabo un análisis general, donde se describe lo observado en cada momento de la intervención.

Como se mencionó, el total de las sesiones se dividió en 3 partes, en las cuales se hacen las siguientes observaciones:

Intervención inicial.

Se llevaron a cabo, dos sesiones, donde los usuarios tuvieron un primer acercamiento con actividades propias de la musicoterapia. En esta sesión se trabajaron objetivos terapéuticos de exploración y reconocimiento, en donde se permitió a los usuarios explorar y descubrir de diferentes maneras su musicalidad. Es así, que, en el centro del salón, se ubicaron en el suelo diversos instrumentos musicales, (guitarra, tambor de olas, calimba, xilófono, maracas, tambor alegre, pandereta y palo de agua), en donde se les invito a explorar y

tocar libremente los instrumentos, que buscaran los diferentes sonidos, que los rotaran y compartieran con los demás compañeros.

Posteriormente, se les invitó a hacer una improvisación con dichos instrumentos a manera de juego musical, en donde, se fueron aplicando las diferentes preguntas de la ficha musicoterapéutica, de las cuales se recolectó la información musical de los usuarios.

Se pudo observar que mantuvieron una actitud curiosa y receptiva frente a las actividades y preguntas propuestas, explorando y descubriendo los diferentes sonidos de los instrumentos y su voz, manifestando sentirse bien en este momento de la sesión. Se observó que hubo una comunicación inicial adecuada.

Por último, se les permitió compartir y expresar las diferentes sensaciones de este primer encuentro musical, manifestando sentirse bien, tranquilos durante las sesiones.

Intervención intermedia.

Se llevaron a cabo 12 sesiones de 1 hora cada una, donde se pudo observar cambios progresivos en el diseño de las sesiones y en los usuarios, a medida que se fueron trabajando aspectos de su autoestima y en paralelo a esto también, aspectos relacionados con las relaciones interpersonales, trabajo en equipo, compañerismo y empatía con los demás.

El momento inicial de cada sesión, fue dirigido por el investigador, quién proponía saludos musicales haciendo uso de métodos de improvisación. También, se propuso al inicio de cada sesión un breve calentamiento y estiramiento de las extremidades del cuerpo, acompañado en algunas ocasiones con juego de movimiento voz y palmas, en donde se observa, a los usuarios atentos a cada indicación, saludando, respondiendo de manera espontánea y divertida, alternando sus voces con el ejercicio rítmico, lo que favoreció la interacción, receptividad y confianza en ellos.

Posteriormente, se realizaron actividades de improvisación referencial con instrumentos, donde se invitó a los usuarios a expresar emociones con respecto al estado de ánimo y situaciones vividas durante las semanas.

Para las fases centrales de cada sesión, se planearon diferentes actividades desde el método re - creativo y de composición, donde se buscó operacionalizar los objetivos de la investigación y donde se observaron los principales cambios en los usuarios.

Para las fases de cierre, se plantearon diferentes actividades haciendo uso del método receptivo en donde se buscó proveer espacios de relajación, calma y reflexión, donde se permitió a los usuarios expresar y compartir la percepción que tienen del entorno y de sí mismos, para lograr cambios significativos en su autoestima.

De esta manera, se logra apreciar los cambios en cada una de las categorías propuestas para el análisis.

Autoconcepto:

Se llevaron a cabo actividades en donde se hizo uso de la re - creación de canciones, donde la canción escogida por ellos fue “el pescador” de Toto la Momposina, ya que el ritmo de cumbia y la letra les resultaba familiar.

Estas actividades se desarrollaron en diferentes sesiones, donde se les invitó a pensar y re - crear la estrofa y los diferentes coros de la canción, teniendo en cuenta e identificando sus fortalezas y cualidades, como creen que los demás los perciben, su autoconcepto y, por último, a manera de dedicatoria se les invitó a destacar fortalezas y cualidades de sus compañeros.

Este trabajo se llevó a cabo en las sesiones 06, 09, 10, 14 y 15. Siendo las dos últimas sesiones las más significativas pues se observó cómo entre ellos destacaban cualidades y fortalezas propias y las de sus compañeros

Sin embargo, se debe mencionar que, al inicio de estas actividades, se observa que para la participante MAR, este ejercicio se dificultó un poco, puesto que según ella no encontraba cualidades positivas, manifestando que por lo general los demás la perciben de manera negativa, como si todo el tiempo estuviese enojada, en cuanto a su autoconcepto, manifestó ser una persona sin energía todo el tiempo, dispersa pensando en muchas cosas, terca y siempre llevando la contraria.

Por otra parte, para el participante DIE, resulta fácil destacar sus fortalezas y cualidades, manifiesta que por lo general los demás lo perciben de manera positiva. En donde se puede observar un poco contrariado es en su autoconcepto, pues manifestó ser una persona que no destaca en nada sintiéndose por debajo del promedio, nunca se siente conforme con lo que hace, hay días que sí y otros días que no sintiendo su vida como un sube y baja.

En cuanto a la participante SIM, destaca sus fortalezas y cualidades manifiesta que los demás la perciben de diversas maneras, tanto positivas como negativas, resultándole irrelevante lo que puedan pensar los demás, en cuanto a su autoconcepto se percibe como una persona que siempre está descubriendo y aprendiendo, siempre quiere hacer las cosas lo mejor posible y menciona que abecés tiene mal carácter.

A partir, de todos estos aspectos percibidos tanto positivos como negativos en el autoconcepto de los usuarios, se fue trabajando, transformando y evolucionando a lo largo de las sesiones junto con el trabajo de canciones.

Esto se pudo evidenciar en las sesiones 14 y 15, donde se observaron cambios significativos en el autoconcepto de sí mismos. Por medio de la dedicatoria de canciones, los usuarios resaltaron fortalezas y cualidades, lo que permitió que ellos se sintiesen admirados por sus compañeros, como una forma de retroalimentación demostrando empatía, donde destacan aspectos relacionados con sus logros, habilidades y compañerismo.

Autonomía:

Para esta categoría, se realizaron actividades que involucraban dirigir al grupo, su corporalidad, el desplazamiento y la exploración del entorno, buscando a lo largo de las sesiones promover su autonomía. Puesto que, para ellos y las personas con discapacidad visual en general, es un aspecto importante por trabajar, ya que en el día a día el tener autonomía en sus actividades dentro y fuera de la universidad es un factor que fortalece su confianza.

A partir, de la sesión 04, se les invito a explorar el salón, con ayuda de diferentes sonidos emitidos con la guitarra, donde solo abrían 4 posibles sonidos para poder moverse.

Posteriormente, se les modeló y se dio a escuchar los posibles sonidos.

En este punto, se observa a los usuarios atentos a los diferentes timbres producidos con la guitarra, explorando con el cuerpo, pies y sus manos, el salón y describiendo las diferentes cosas que se iban encontrando a su paso durante el recorrido, manifestando curiosidad y tranquilidad en la exploración.

Estas actividades de dirigir y moverse por el espacio se siguieron trabajando y reforzando paulatinamente durante casi todas las sesiones.

Para la sesión 11, se utilizó una mezcla de canciones de videojuegos, el cual contenía diversas canciones populares con variaciones en el tempo.

Donde estando de pie, se invitó a los usuarios a moverse por el espacio al ritmo de la música, llevando el tradicional juego de palmas e invitándolos a dirigir el movimiento.

Se observa, que cada uno dirige de manera espontánea al grupo, explorando el espacio, llevando el pulso y el ritmo de manera sincronizada, proponiendo diferentes movimientos y liderando con creatividad, lo que permitió seguir fortaleciendo su confianza y autonomía al dirigir al grupo.

Corporalidad:

En esta categoría, en el diseño de los momentos iniciales de cada sesión se propuso dinámicas que involucraban el cuerpo a través de estiramientos y calentamiento de las extremidades, saludos corporales con el uso de la voz y las palmas, lateralidad y ejercicios rítmicos de percusión corporal, en donde se observó, como se relacionan con su cuerpo y con el de los demás, dándole importancia a la expresión de sus gestos y movimientos, comunicando sus ideas sensaciones y sentimientos por medio de su voz y su corporalidad.

También se observó, que siempre estuvieron dispuestos a participar de las actividades propuestas, atentos a las consignas y con actitud de logro frente a los retos que se indicaba en cada sesión.

Bienestar:

Para esta categoría se plantearon durante las sesiones, diferentes actividades en donde se trabajó tanto de manera individual como grupal, haciendo uso del método receptivo, se

buscó reconocer y resaltar en los usuarios, experiencias positivas relacionadas con sus metas y logros obtenidos a lo largo de la vida.

Se buscó que logran interactuar, socializar sus experiencias, el trabajo en equipo y facilitar la expresión de sus emociones y sentimientos de manera libre, relacionados con su Autoconcepto.

Durante el proceso, se pudo observar cómo inicialmente, los usuarios empezaron interactuando con un poco de timidez. Sin embargo, al transcurrir las sesiones, se observó cómo fue aumentando la confianza entre ellos al expresar y compartir sus experiencias, al resaltar sus cualidades y la de sus compañeros.

Además de esto, pudieron expresar sus emociones frente a recuerdos y situaciones negativas que se iban transformando en situaciones positivas, la relación con ellos mismos y con otras personas importantes dentro de su círculo más cercano, generando sensación de bienestar en ellos.

Es así, como a través de los diferentes métodos de la musicoterapia, se pudo observar que hay un esfuerzo por el logro y crecimiento personal, por generar un diálogo que permite la solución de retos propuestos durante las sesiones, la reflexión personal, la expresión de ideas y sentimientos, la elaboración de un autoconcepto basado en cualidades y fortalezas de cada uno de los usuarios y el reconocimiento de emociones relacionadas a estas categorías a través de los elementos de la música.

Intervención final.

Para esta fase del proyecto, se hace el cierre de la investigación el cual se llevó a cabo en la última sesión, donde se realizó un ensamble musical con una de las canciones trabajadas durante las sesiones, acompañado de instrumentos y canto conjunto, donde se invitó a los usuarios a compartir y retroalimentar sus experiencias y percepciones durante todo el proceso.

De esta manera se da cierre a las sesiones de musicoterapia, agradeciendo a cada uno de los usuarios por su interés y participación en el proyecto.

5. Análisis y Discusión

Teniendo los resultados cuantitativos y cualitativos se observa cómo los usuarios encuentran cambios positivos y cómo en las categorías planteadas también muestran cambios significativos que son necesarios en su autoestima. Es así como en este proyecto se buscó que los usuarios pudieran ser conscientes de estos cambios que promueven su crecimiento personal mejorando su percepción de bienestar, teniendo en cuenta la importancia de mantener un buen autoconcepto, su autonomía, identificando sus fortalezas y cualidades, la relación con su cuerpo y permitir expresar sus emociones, lo que permite construir y mantener una autoestima adecuada.

Para Haeussler & Milicic (2017), el autoconcepto es la imagen que cada persona tiene de sí misma y esto se elabora a través de la relación con personas significativas.

Para este caso en particular, se lograron generar conexiones, se facilitó expresar y compartir emociones, recuerdos y situaciones vividas a través de la música, por medio del canto, la improvisación y el trabajo en equipo para crear letras y canciones. Donde el grupo cumplió la función de contención emocional y de apoyo para los retos propuestos a través de las sesiones, logrando no solo el disfrute, sino también resaltando las fortalezas y cualidades de cada uno, permitiendo de esta manera reconocer estas cualidades que no estaban presentes anteriormente en los usuarios, ayudando a que su autoconcepto se fortaleciera.

Como se observó, en esta investigación se trabajó el autoconcepto por un lado a través de las fortalezas y cualidades que cada uno lograba identificar y por otro aquellas que sus compañeros resaltaron durante las sesiones. Por otra parte, el afrontar y lograr resolver dificultades a través de la música, como el reto de cantar en grupo, lograr seguir patrones rítmicos e improvisar con instrumentos, o cambiar la letra de una canción, permite una construcción de autoconcepto pues según González y Goñi (2005), la autoeficacia y la

expectativa que se logra a través de las tareas realizadas ayuda en la construcción de un concepto de logro y de satisfacción que motivan a las personas a continuar en un proceso de aprendizaje, en querer mejorar y tener un crecimiento personal y de esta manera fortalecer el Autoconcepto que cada persona tiene de sí misma (González & Goñi, 2005).

Esta observación de la capacidad de logro se puede aplicar también para explicar la categoría de autonomía y Corporalidad, donde los usuarios mostraron que a través del cuerpo y el movimiento lograban resultados musicales como sonidos con su voz, sonidos corporales con las palmas, seguir patrones rítmicos, la exploración del entorno y movimientos guiados por la música. La percepción de lo que pueden lograr con su cuerpo y el poder moverse en el espacio con confianza y seguridad a pesar de su discapacidad, es un aspecto que permite afianzar un concepto propio, permitiendo fortalecer su autoestima.

La categoría de bienestar, se complementa con las otras categorías observadas y en referencia a lo afirmado por Diener, Suh, Lucas y Smith (1995), este aspecto es importante para mantener una buena Autoestima, pues cada persona hace su propia valoración de metas y logros alcanzados, situaciones tanto positivas como negativas a lo largo de la vida y la calidad de sus relaciones con otras personas, lo que influye directamente en la percepción de bienestar de cada uno (Diener et al, 1995).

En este caso, en donde estuvieron durante todas las sesiones en modo grupal, se permitieron espacios donde manifestaron sentirse acogidos por sus compañeros, a través de la improvisación vocal e instrumental, la relajación guiada, el canto conjunto y la dedicatoria de canciones por parte de sus compañeros, lo que facilitó la expresión de emociones, logros particulares de cada uno y sensación de bienestar.

por último, se hace importante mencionar los resultados obtenidos respecto a la Autoestima, pues como se observó hubo un aumento significativo en cada uno de los usuarios.

6. Conclusiones

Las intervenciones de musicoterapia permitieron al grupo de personas con discapacidad visual objeto de esta investigación, elaborar su autoconcepto, lo que contribuyó al fortalecimiento de su autoestima. Se puede concluir que las actividades grupales a través de la música son de gran importancia para construir y fortalecer un adecuado autoconcepto en las personas con discapacidad visual. También, el trabajo en equipo facilita la interacción y expresión de ideas y sentimientos, que permiten mejorar las relaciones, lo que contribuye al crecimiento personal.

También se concluye que la improvisación vocal e instrumental, la escucha receptiva y el uso de canciones son elementos importantes para ser utilizados en esta población, puesto que en su repertorio musical mantienen una cantidad variada de canciones que pueden ser utilizadas para reflexionar sobre temas relacionados con la percepción de sí mismos y fortalecer la relación con su entorno. En el desarrollo de este proyecto, se hizo uso de los diferentes métodos de la musicoterapia, para resignificar recuerdos, expresar ideas y emociones, potenciar habilidades y permitir reconocer las fortalezas y cualidades propias y las de sus compañeros para fortalecer su autoconcepto y por ende su autoestima.

En cuanto a su autonomía, se puede decir que la musicoterapia facilitó espacios de exploración del entorno, orientación a través de sonidos y seguridad al moverse por el espacio lo que demuestra que los usuarios son personas independientes, capaces de afrontar y tomar decisiones, sin dar importancia su discapacidad o a lo que los demás puedan pensar de ellos, alejándose de ideas como las de incapacidad o victimismos.

La musicoterapia permitió que los usuarios exploraran su corporalidad, facilitando la elaboración de su autoconcepto, por medio de la creación de música con el cuerpo, la voz y la

ejecución de los instrumentos, para poder comunicarse entre ellos, generando nuevas formas de expresión y comunicación.

También al ser estudiantes de la universidad les permite identificarse como personas capaces de afrontar y resolver problemas, con capacidad de tomar decisiones para lograr sus metas y objetivos.

Se concluye que la musicoterapia tiene efectos positivos en el fortalecimiento de la autoestima, observados de manera cuantitativa y cualitativa en esta investigación contribuyendo a su calidad de vida y percepción de bienestar, donde se destaca la capacidad de lograr metas y objetivos la relación con el entorno, el reconocimiento de fortalezas y cualidades propias y la de los demás y la elaboración de su autoconcepto.

7. Recomendaciones

Teniendo en cuenta que este proyecto de investigación se llevó a cabo con estudiantes de la Universidad Nacional, se recomienda el acompañamiento hacia el desarrollo de propuestas de intervención desde la musicoterapia para los estudiantes con discapacidad visual, quienes a pesar de que cuentan con la División de Acompañamiento Integral y el Programa de Inclusión de Bienestar Universitario, en ocasiones no resulta ser suficiente para cubrir las necesidades de esta población. Durante la investigación se evidenció que las dificultades van más allá de lo académico, afectando el bienestar físico, mental y emocional, aspectos que se pueden mejorar desde la musicoterapia.

También es necesario hacer una revisión de lo que significa tener discapacidad en una sociedad poco incluyente, pues muchas veces se tienen ideas erróneas que afectan directamente en la percepción de lo que significa ser una persona con discapacidad visual. Esto con el fin de reconocer sus capacidades, su esfuerzo y dedicación para lograr sus metas y objetivos, el valor que tienen como personas que aportan a la sociedad.

Se recomienda que, en el trabajo con personas con discapacidad visual, se implementen actividades a través de la música, pues esto fortalece la confianza, facilita la expresión de ideas y sentimientos, favorece la creatividad, mejora la comunicación y estrecha los lazos de amistad y empatía con otras personas.

Por último, se recomienda seguir trabajando en el fortalecimiento de la autoestima, no solo con los estudiantes de la universidad, si no con todas las personas con discapacidad visual pues como se mencionó anteriormente, la musicoterapia puede contribuir positivamente en el bienestar, los procesos de aprendizaje, el autoconocimiento, potenciar habilidades, reconocer fortalezas y cualidades, aspectos que permiten visibilizar y dar importancia y valor a las personas dentro de la sociedad.

8. Referencias

- Barahona, V. (2010). Descripción y registro de un trabajo musicoterapéutico con niños deficientes visuales [formato pdf]. Valparaíso, Chile: Universidad de Chile.
- Baixauli, V. (2011). Musicoterapia y autoconocimiento: desarrollo motor y desarrollo del esquema corporal en ceguera y deficiencia visual. Instituto Superior de Estudios Psicológicos.
- Bayona Ospina, N. (2019). Efectos de un programa musicoterapéutico como aporte al fortalecimiento de la Autoestima en un grupo de niñas de 10 y 11 años de edad pertenecientes a la Fundación Nuestra Señora de las Mercedes de Bogotá. Repositorio UN. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76390>. <http://bdigital.unal.edu.co/72727/>.
- Benenzon, R. (2011). Musicoterapia de la teoría a la práctica. Barcelona: Paidós.
- Beltrán, Karen. (2019). Creación de comunidad con cuidadoras de niños con discapacidad visual, una propuesta desde musicoterapia comunitaria. Repositorio UN. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/75760>.
- Bienestar Universidad Nacional. Por una Universidad Incluyente. (2012). http://bienestar.bogota.unal.edu.co/ver_noticia.php?id_noticia=120
- Bradburn, N. M. (1969). The Structure of Psychological Well-Being. Oxford: Aldine.
- Bruscia, K. E. (2007). *Musicoterapia*. Editorial Pax México.
- Burgos, S. (2010). Musicoterapia en la educación especial de jóvenes con discapacidad visual [formato pdf]. Santiago (Chile): Universidad de Chile.
- Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Segura-Cardona A, Muñoz-Rodríguez DI, Agudelo-Cifuentes MC. (2019). La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto

- mayor en tres ciudades de Colombia. *Hacia Promoc. Salud.* 2019; 24(1): 97-111. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.1.9
- Dauber, M. (2011). «What is essential is invisible to the eye»: a music therapy tale of a young woman with visual impairment [formato pdf]. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*, número especial 2011, 20-29
- De la Torre R. (2021). Autoestima. Universidad tecnológica de Ciudad Juárez.
<https://es.scribd.com/document/588681151/ACT1-TEMA1-UNI2-AUTOESTIMA-RICARDO-DE-LA-TORRE-IMIM11#>
- Diener E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E, Diener, M, y Diener, C. (1995). Factor predicting the subjective wellbeing of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69; 653 - 663.
- García Martín, M. A. (2002). El Bienestar Subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.
<https://voz.ucad.edu.mx/la-autoestima/>
- Gil I. (2018). ¿Qué es la discapacidad? Evolución histórica y cultural. Fundación ADECCO.
<https://fundacionadecco.org/blog/que-es-la-discapacidad-evolucion-historica/>
- Gómez-Lugo, M., Espada, J. P., Morales, A., Marchal-Bertrand, L., Soler, F. & Vallejo Medina, P. (2016). Adaptation, Validation, Reliability and Factorial Equivalence of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Colombian and Spanish Population. *Spanish Journal of Psychology*, 19, E66. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2016.67>
- González, S. (2016). Musicoterapia con un niño con deficiencia visual y dificultades para la integración social. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 68, 102-122.

González, O., & Goñi, E. (2005). Dimensiones del Autoconcepto Social. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 2, núm. 1, 2005, pp. 249-261.

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349832309018>

Gourgey, C. (1999). La musicoterapia en el tratamiento del aislamiento social de los niños discapacitados visuales. *Entre dos mundos: revista de traducción sobre discapacidad visual*, 10, 47-54.

Grocke, D., & Wigram, T. (2011). *Métodos receptivos en Musicoterapia: técnicas y aplicaciones clínicas para musicoterapeutas, educadores y estudiantes*. Madrid: AgrupArte Producciones.

Haeussler, I.M & Milicic, N. (2014) *Confiar en uno mismo*. Programa de desarrollo de la autoestima. Santiago: Catalonia.

Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en educación médica*, 2(5), 55-60.

Hernández R., Fernández C., & Baptista P. (1997). *Metodología de la Investigación*. Segunda edición. Editorial Mc Graw Hill. ISBN 968-422-931-3

Luciano Soriano, M. Carmen; Valdivia Salas, María Sonsoles. (2021). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Fundamentos, características y evidencia*. *Papeles del Psicólogo*, vol. 27, núm. 2, pp. 79-91 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España.

Ministerio de Educación Nacional – Instituto Nacional para Ciegos INCI. (2020) *Los ciegos en el Censo 2018*. Edición Número 106. <https://www.inci.gov.co/blog/los-ciegos-en-el-censo-2018>

Ministerio de Educación Nacional – Instituto Nacional para Ciegos INCI. 2022. Consultado en: <https://www.inci.gov.co/blog> <https://www.inci.gov.co/blog/segun-el-dane-el-72-de-los->

[colombianos-tiene-alguna-](#)

[discapacidad#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20informaci%C3%B3n%20entregada%20por,medio%20de%20personas%20con%20discapacidad](#)

Montoro J. (1992). Los ciegos en la historia. Madrid: ONCE, Organización Nacional de Ciegos Españoles. ISBN : 8448402103 (tomo V).

Obregón. A. (2021). El autoestima. Video youtube. Psicología de los Casi.

<https://www.youtube.com/watch?v=zSsBjn9Di8>

Pabón, A. (2020). Efecto de la Musicoterapia en un grupo de mujeres mayores de 50 años, usuarias de la fundación "Tú Puedes en Casa" de Bogotá.

<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/75939>

<http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3409956>

Schapira, D; Ferrari, K; Sánchez, V; y Hugo, M. (2007). Musicoterapia. Abordaje plurimodal. Argentina: ADIM.

Universidad UCAD. (2021). La autoestima. Voz UCAD. <https://voz.ucad.edu.mx/la-autoestima/>

World Health Organization (2021). Ceguera y discapacidad visual. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

9. Anexos

9.1. Formato de Consentimiento Informado



Consentimiento informado para la aplicación del trabajo de grado de maestría “Efectos de la musicoterapia en la autoestima de un grupo de personas con discapacidad visual”

Nos alegra saber que deseas conocer y ser parte del proceso de Musicoterapia, para poder proceder debemos informarte varios puntos a tener en cuenta.

Musicoterapia

Se sabe que la música tiene una fuerte influencia en la salud y bienestar de las personas y al utilizar sus elementos de forma sistematizada por un profesional capacitado en musicoterapia, puede mejorar su bienestar y salud física, social, emocional e intelectual.

Según la Federación Mundial de Musicoterapia se define como *“el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias, o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativo, emocional e intelectual y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos”* (Bruscia 2014)

Sesiones

Para realizar de manera adecuada la intervención Musicoterapéutica solicitaremos información general y personal del participante así como las preferencias musicales que le han sido significativas o importantes. Las actividades de musicoterapia serán desarrolladas por CAMILO ANDRÉS GÓMEZ NIÑO, estudiante de la Maestría en Musicoterapia, bajo la supervisión y seguimiento del director de su trabajo de grado, ANDRÉS FELIPE OJEDA SÁNCHEZ, músico director y magíster en musicoterapia.

Toda la información obtenida de este proceso, es de carácter estrictamente confidencial y será utilizada con fines terapéuticos para los participantes. El proceso Musicoterapéutico constará de una sesión inicial de evaluación y de 15 sesiones de desarrollo y cierre del proceso, cada una con una duración de 45 minutos con una frecuencia de 2 sesiones por semana. Se realizará seguimiento por parte del Musicoterapeuta sesión a sesión hasta alcanzar los objetivos propuestos o hasta que el participante solicite lo contrario.



Intervención Musicoterapéutica

Durante el desarrollo de esta intervención se podrán hacer registros sonoros o filmicos que constituirán elementos confidenciales. En ningún caso se le obligara a permanecer en la sesión si no lo desea. Por motivos de higiene no se utilizan instrumentos de viento. Los sonidos, volúmenes y frecuencias utilizadas para la producción y percepción de la música serán los adecuados para no perjudicar la audición humana. En el caso de que se presente algún tipo de contacto y/o manipulación inapropiada de instrumentos, que pueda generar algún tipo de molestia se deberá comunicar al musicoterapeuta y decidir en forma conjunta sobre la suspensión o continuación de la experiencia.

Usted puede desistir de este consentimiento informado en cualquier momento, sin ningún tipo de perjuicio para usted. Cualquier inquietud puede ser formulada a ANDRÉS OJEDA, profesor del programa de Maestría en Musicoterapia de la Universidad Nacional de Colombia y director del presente trabajo de investigación.

Los involucrados en la presente investigación, se comprometen a guardar absoluto respeto a la integridad física, mental y emocional de los participantes, así como, a garantizar la confidencialidad de la información obtenida de cada uno de ellos y a controlar su utilización para fines científicos y académicos.

Yo _____, identificado/a con CC _____ de _____, por medio del presente documento, en pleno y normal uso de las facultades mentales, hago constar que he leído conscientemente el presente documento, lo he entendido y comprendido y se me han resuelto todas las preguntas que he tenido y estoy de acuerdo en iniciar las sesiones de Musicoterapia.

Así mismo, autorizo que con la condición de no mencionar mi identidad personal, sus registros audiovisuales y toda la información recopilada, puedan ser utilizados con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica.

El presente documento se firma el ____ de _____ del 2022.

Firma Participante

Firma Musicoterapeuta en Formación

9.2. Formato de Ficha Musicoterapéutica



FICHA MUSICOTERAPEUTICA

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha y lugar nacimiento: _____ Edad: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Vive con: _____

Fecha de Evaluación: _____ Aplicada por: _____

1. ¿Recuerda alguna o algunas canciones significativas para usted? SI ___ NO ___

¿Cuáles? _____

2. ¿Ha realizado estudios musicales? SI ___ NO ___

¿Cuál(es)? _____

3. ¿Interpreta algún instrumento musical? SI ___ NO ___

¿Cuál(es)? _____

4. ¿Le gusta cantar? SI ___ NO ___

5. ¿Le gusta bailar? SI ___ NO ___

6. ¿Le gusta escuchar música? SI ___ NO ___

7. ¿Algún instrumento musical le produce agrado al escucharlo? SI ___ NO ___

¿Cuál(es)? _____

8. ¿Algún instrumento musical le produce desagrado al escucharlo? SI ___ NO ___

¿Cuál(es)? _____



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ARTES
MAESTRIA EN MUSICOTERAPIA

9. ¿Qué canciones o tipo de música le gusta escuchar?

10. ¿Qué canciones o tipo de música NO le gusta escuchar?

Firma Musicoterapeuta en formación

9.3. Formato de Plan de Sesión



PLAN DE SESIÓN

Sesión N°: _____ Fecha y Hora: _____

Participantes: _____

Musicoterapeuta: _____

1. Objetivo general de intervención:

2. Objetivos específicos de la sesión:

- _____
- _____
- _____

3. Métodos Musicoterapéuticos: _____

4. Descripción del proceso a realizar:

• **Caldeamiento:**

• **Desarrollo:**

• **Cierre:**

Firma Musicoterapeuta en formación

9.4. Formato de Protocolo de Sesión



PROTOCOLO DE SESION (Observación y seguimiento)

Sesión N°:
Fecha y Hora:
Usuarios:
Musicoterapeuta:

1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

TIPO DE SESIÓN:

Directiva () No directiva () Semi-directiva ()

- **CALDEAMIENTO:**

- **DESARROLLO:**

- **CIERRE:**

- **SETTING:**

2. ASPECTOS VINCULARES OBSERVADOS EN LA RELACIÓN PACIENTE-TERAPEUTA:



3. LENGUAJE SONORO:

4. MELODÍA Y VOZ:

5. RITMO:

6. CANCIONES/ MÚSICA UTILIZADA:

7. ELECCIÓN DE INSTRUMENTO MUSICAL:

8. LENGUAJE Y ACTITUD CORPORAL:

9. EXPERIENCIAS MUSICALES UTILIZADAS EN LA SESIÓN:

Improvisación () Re-creación: () Composición () Receptivas ()

10. CONCLUSIONES:

Firma Musicoterapeuta en formación

9.5. Formato Escala de Autoestima de Rosenberg

Nombre:

Edad:

Estudiante de:

Marque con una X la respuesta que considere para cada pregunta. No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente nos gustaría saber qué valoración tiene de usted mismo. Trate de ser lo más sincero posible. Muchas gracias

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. De acuerdo
4. Totalmente de acuerdo

En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.

- 1
- 2
- 3
- 4

A veces pienso que no soy bueno/a para nada.*

- 1
- 2
- 3
- 4

Creo que tengo buenas cualidades.

- 1
- 2
- 3
- 4

Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.

- 1
- 2
- 3
- 4

Pienso que tengo muchas cosas de las cuales sentirme orgulloso/a.

1

2

3

4

A veces me siento inútil.*

1

2

3

4

Creo que soy una persona igual de valiosa a la mayoría de la gente.

1

2

3

4

Quisiera respetarme más a mí mismo/a.*

1

2

3

4

Tiende a pensar que soy un fracasado/a.*

1

2

3

4

Tengo una visión positiva sobre mí mismo/a.

1

2

3

4